

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: RELAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA E ATITUDES FACE AO
ENVELHECIMENTO COM A IDEACÃO SUICIDA NA
POPULAÇÃO IDOSA**

João Miguel Faria de Freitas

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: RELAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA E ATITUDES FACE AO
ENVELHECIMENTO COM A IDEACÃO SUICIDA NA
POPULAÇÃO IDOSA**

João Miguel Faria de Freitas

Dissertação, orientada pela Prof^a. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva pela paciência, disponibilidade e conhecimentos oferecidos.

A todos aqueles que participaram direta ou indiretamente, neste estudo, possibilitando a sua existência. Agradeço a todos o empenho e interesse demonstrados.

As amigadas que nasceram na faculdade, pelo suporte e presença na minha vida académica e para lá desta.

A todos os professores que ao longo destes anos partilharam comigo conhecimentos essenciais à minha vida profissional futura.

Aos meus amigos de sempre por fazerem parte da minha vida, suportando as fases más e vivendo intensamente as fases boas. Sou um pouco de todos vós.

À minha família, em especial ao meu pai e à minha irmã, por possibilitar a concretização do meu sonho, obrigado por terem suportado a minha ausência e acreditado em mim desde o início.

A ti, Fabiana Rodrigues, pelo amor e presença constante, pelas conversas inspiradoras e por acreditares que era possível.

À memória da minha mãe, a quem dedico a presente dissertação.

A todos o meu sincero obrigado.

Índice

Introdução	1
1. Envelhecimento: Uma realidade e necessidade futura	3
1.1 Envelhecimento em Portugal	3
1.2 Envelhecimento comum nas culturas	4
1.3 Velhice como um processo íntimo e pessoal	5
1.3.1 Envelhecimento enquanto processo	5
1.4 Evolução no estudo do envelhecimento: “Da negatividade estereotipada ao idoso ativo no seu processo de envelhecimento”	7
2. Qualidade de vida	8
2.1 Qualidade de vida e a sua subjetividade: Uma dificuldade de definição	9
2.2 Qualidade de vida: Conceito igualitário ou dependente do tempo e do meio?..	10
2.3 Qualidade de vida e envelhecimento ativo	11
2.4 Qualidade de vida: Relação com outras dimensões da vida	11
2.5 Qualidade de vida: “O caso português”	12
2.6 Qualidade de vida: Operacionalização	12
3. Atitudes face ao envelhecimento	13
3.1 O estereótipo da idade: Uma base para a atitude face ao envelhecimento	13
3.1.2 O estereótipo do idoso em Portugal	14
3.2 O bem-estar do idoso e sua relação com as atitudes face ao envelhecimento ...	14
4. O fenómeno suicidário	15
4.1 O fenómeno suicidário: Diversidade de condutas autodestrutivas.....	16
4.2 O fenómeno suicidário: O olhar atual.....	17
4.3 Envelhecimento e suicídio	18
4.4 Envelhecimento e suicídio: Particularidades do suicídio nos idosos	19
4.5 Fatores de risco para o suicídio: A realidade dos idosos	20
4.6 Suicídio: A realidade portuguesa	22
4.7 O “Suicídio social”	23

5. Envelhecimento, qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento e a sua relação com o suicídio.	23
6. Objetivos e Hipóteses	24
7. Metodologia	26
7.1 Participantes	26
7.2 Instrumentos.....	28
7.2.1 Questionário Sociodemográfico	28
7.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).....	28
7.2.3 Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24)	29
7.2.4 Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (SBQ-R).....	31
7.3 Procedimento	32
7.4 Procedimento Estatístico.....	32
8.Resultados	33
8.1 Análise da ideação suicida.....	33
8.1.1 Caraterização da ideação suicida da amostra	33
8.1.2 Análise da ideação suicida da amostra em função do género e da idade ...	34
8.1.3 Análise da ideação suicida da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica e a qualidade das relações familiares/amizade.....	34
8.2 Análise da qualidade de vida	35
8.2.1 Caraterização da qualidade de vida da amostra	35
8.2.2 Análise da qualidade de vida em função da idade	36
8.2.3 Análise da qualidade de vida da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o estado civil.	36
8.3 Análise das atitudes face ao envelhecimento.....	37
8.3.1 Caraterização das atitudes face ao envelhecimento da amostra	37
8.3.2 Análise das atitudes face ao envelhecimento em função do género	38
8.3.3 Análise das atitudes face ao envelhecimento da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica e a qualidade das relações familiares/amizade.....	38
8.4 Análise da relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento com o risco de ideação suicida	39

8.4.1 Análise da relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento.....	39
8.4.2 Comparar a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o risco ideação suicida	39
9. Discussão dos Resultados	40
9.1 Comparar o risco de ideação suicida tendo em conta o género e a idade.....	40
9.2 Correlação entre o risco ideação de suicida e as variáveis sociodemográficas e psicossociais.....	41
9.3 Comparar a qualidade de vida tendo em conta a idade	42
9.4 Correlação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e psicossociais.....	42
9.5 Comparar as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o género	44
9.6 Correlação entre as atitudes face ao envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais	44
9.7 Correlação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento.....	45
9.8 Comparar a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o risco de ideação suicida.....	46
10. Conclusão	46
Referências bibliográficas.....	49
Anexos	59

Índice Quadros

Quadro 1. Caraterização sociodemográfica e psicossocial da amostra em estudo (frequências e percentagens).....	27
Quadro 2. Caraterização da ideação suicida na amostra de adultos mais velhos	34
Quadro 3. Estatística descritiva dos resultados do SBQ-R	34
Quadro 4. Análise da ideação suicida em função do estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o nível de escolaridade	35
Quadro 5. Estatística descritiva dos resultados do WHOQOL-Bref.....	35
Quadro 6. Análise da qualidade de vida em função da idade	36
Quadro 7. Análise da qualidade de vida em função do estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o nível de escolaridade.....	36
Quadro 8. Estatística descritiva dos resultados do AAQ-24	37
Quadro 9. Análise das atitudes face ao envelhecimento em função do estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade	38

Índice Anexos

Anexo I. Questionário Sociodemográfico	59
Anexo II. Consentimento Informado	65

Resumo

O presente trabalho refere-se ao estudo do processo de envelhecimento, concretamente à relação da qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento com a ideação suicida na população idosa. O trabalho tem como objetivos: Caracterizar a amostra de adultos mais velhos quanto às três variáveis; comparar a ideação suicida tendo em conta o género e idade; analisar a relação de algumas variáveis sociodemográficas e psicossociais com as variáveis em estudo; comparar a qualidade de vida tendo em conta a idade; comparar as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o género; analisar a relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento; analisar a relação entre a ideação suicida, qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento. Foram utilizados quatro instrumentos: *Questionário de avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref* (OMS, 1998; 2001); *Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento - AAQ-24* (Laidlaw, Power, e Schmidt, 2007); *Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto - SBQ-R* (Osman et. al., 2001) e um *Questionário Sociodemográfico*, com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e psicossociais. No estudo participaram 123 indivíduos de ambos os sexos com idade superior a 64 anos. Na análise recorreu-se à estatística descritiva, correlacional e inferencial. Os principais resultados demonstraram associações significativas entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento. O risco de ideação suicida associa-se, negativamente e significativamente, com a qualidade de vida e com as atitudes face ao envelhecimento. São referidas limitações do estudo e apresentadas diretrizes para investigações futuras.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Ideação suicida; Qualidade de vida; Atitudes face ao envelhecimento

Abstract

The present research concerns the study of the aging process, specifically the relationship between quality of life and attitudes towards aging, and suicidal ideation in the elderly. The study aims are: To characterize the older adult sample in what concerns the three variables; to compare suicidal ideation taking into account gender and age; to analyze the relationship between sociodemographic and psychosocial variables, and the variables under study; to compare quality of life taking into account the age; to compare attitudes towards aging taking into account the gender; to analyze the relationship between quality of life and attitudes towards ageing; to analyze the relationship between suicidal ideation, quality of life and attitudes towards ageing. Four instruments were used: Evaluation of Quality of Life Questionnaire - *WHOQOL-Bref* (OMS, 1998; 2001); Attitudes to Ageing Questionnaire - *AAQ-24* (Laidlaw, Power, e Schmidt, 2007); Suicidal Behavior Revised Questionnaire *SBQ-R* (Osman et. al., 2001) and a Social-Demographic Questionnaire, with the aim of collecting sociodemographic and psychosocial data. 123 individuals of both sexes, aged over 64 years old, participated in this study. In the analysis, descriptive, correlation and inferential statistics were used. The main results demonstrated significant associations between quality of life and attitudes towards ageing; and the risk of suicidal ideation was associated negatively and significantly with quality of life and attitudes towards ageing. Limitations of the study are pointed out and guidelines for future research are presented.

Keywords: Ageing; Suicidal ideation; Quality of life; Attitudes towards ageing.

Introdução

O tema proposto para estudo insere-se no âmbito de uma investigação mais lata sobre o envelhecimento, onde outras dimensões foram exploradas. O foco incide essencialmente sobre a ideação suicida e os comportamentos suicidários na idade adulta avançada.

A pertinência do estudo do processo de envelhecimento encontra-se no crescimento acentuado da população idosa a nível mundial. Com efeito, as estimativas apontam para a manutenção deste perfil ascendente, tornando o envelhecimento um fenómeno real e preocupante nas diferentes sociedades mundiais. O envelhecimento demográfico apresenta-se assim como um verdadeiro desafio para as sociedades contemporâneas que importa conhecer e dar resposta (Powell, 2014).

O envelhecimento é também um período de desafio para o indivíduo que envelhece. O processo de envelhecimento, pelas mudanças que acarreta, constitui-se como um período potencialmente de risco para o equilíbrio do indivíduo (Pinheiro & Lebres, 1998, citado por Sequeira & Silva, 2002). A vivência com sucesso deste processo não é à partida assegurada, ela é consequência da resposta adaptativa do idoso face à nova condição. Uma adaptação não conseguida poderá contribuir para aumentar o risco de ideação suicida junto dos mais velhos. É neste sentido que importa identificar os fatores que protegem e precipitam as ideações suicidas nos indivíduos mais velhos, com vista a desenvolver mecanismos adequados e eficazes à sua proteção.

A literatura recente sobre o envelhecimento coloca a ênfase na subjetividade do processo de envelhecimento, revelando que estamos perante um fenómeno único e pessoal. Apesar desta variabilidade idiossincrática torna-se claro que envelhecer pode constituir um risco para o indivíduo.

Neste estudo pretende-se olhar para duas variáveis importantes na vivência da velhice, as atitudes face ao envelhecimento e a qualidade de vida. A relevância da primeira deriva da literatura que a refere como um possível contributo para comportamentos desadaptados, podendo mesmo resultar em mortes prematuras (Bennett & Eckman, 1973), neste sentido a sua ligação ao risco de ideação suicida será explorada. A qualidade de vida assume-se também como uma variável importante, pelo facto de constituir um constructo multidimensional que apela a diferentes áreas da vida do sujeito, simultaneamente a qualidade de vida permite captar a vivência da velhice de forma mais alargada, permitindo identificar quais as áreas da vida com potencial de fazer a diferença no decurso do envelhecimento. O presente estudo parte deste pressuposto de que as atitudes face ao

envelhecimento e a qualidade de vida são variáveis essenciais na vivência plena e equilibrada da velhice.

O presente trabalho incide pois sobre o estudo do processo de envelhecimento e a adaptação a este, explorando uma possível relação entre a qualidade de vida e as atitudes face envelhecimento com a ideação suicida na população idosa. Neste sentido delinearão-se objetivos, que serão posteriormente apresentados, e que pretendem ajudar na compreensão do fenómeno suicidário junto da população idosa. Serão exploradas as relações das variáveis em estudo e destas com variáveis sociodemográficas e psicossociais relevantes.

No sentido da organização dos conteúdos do presente trabalho procedeu-se à divisão do mesmo. Primeiramente apresenta-se a revisão da literatura face às variáveis em estudo com vista ao seu enquadramento. Em segundo lugar, são apresentados os objetivos e as hipóteses de estudo. Posteriormente é apresentada a metodologia, a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos, os aspetos referentes à recolha dos dados e o procedimento estatístico com o objetivo de clarificar o caminho seguido na investigação. De seguida são apresentados os resultados obtidos e realizada a discussão dos mesmos. Por fim são anunciadas as principais conclusões e limitações do presente estudo.

1. Envelhecimento: Uma realidade e necessidade futura

O envelhecimento humano é em parte o reflexo dos avanços da medicina: do maior controlo de doenças que tinham como consequência a mortalidade precoce, tais como as doenças infeto contagiosas, controlo esse que contribui para o aumento crescente da população idosa, sendo que a estimativa é que esta continue a crescer, provocando alterações na organização das sociedades que tentam perceber este fenómeno (World Health Organization [WHO], 2001). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) alerta para a necessidade de olhar este aumento não apenas como resultado do triunfo sobre a morte precoce e do aumento da esperança média de vida à nascença, mas também enquanto desafio social, médico e financeiro, constituindo-se o fazer face a estas alterações como o grande desafio das sociedades modernas (Powell, 2014). As estimativas apontam para que a população com mais de 60 anos venha a ter uma representação de 2 mil milhões, em 2050, resultando pois numa população mais envelhecida (Fernández-Ballesteros, 2008).

O envelhecimento apresenta-se como um período de mudança em diferentes níveis tais como o biológico, o psicológico, o social e no relacionamento com o mundo (Sequeira & Silva, 2002). Todas estas alterações exigem um esforço, no sentido da adaptação do indivíduo envelhecido às novas condições de vida, daí decorre que o viver do envelhecimento se pode constituir como uma experiência de risco para o equilíbrio, para a qualidade de vida e para o bem-estar psicológico da pessoa idosa (Pinheiro & Lebres, 1998, citado por Sequeira & Silva, 2002). Ignorar esta realidade, esconder ou disfarçar a existência dos idosos é como estar indiretamente a atacar a nossa própria velhice futura. Cabe à sociedade dar uma oportunidade aos adultos mais velhos para viverem esta fase com um maior equilíbrio, prevenindo a desadaptação, a exclusão e a mortalidade precoce.

1.1 Envelhecimento em Portugal

Segundo o Censos de 2011, em Portugal, os indivíduos com mais de 70 anos representam 14% do total da população, registando um aumento, desde 2001, acompanhando a tendência mundial. Na explicação do envelhecimento da população portuguesa estão fatores como a queda da taxa de fecundidade, o aumento da esperança média de vida e a emigração, originando uma alteração no perfil demográfico da população portuguesa. Os dados do Eurostat de 2012 sugerem a continuação do aumento da população envelhecida. Esta realidade, além dos problemas de sustentabilidade económica, demonstra a necessidade de compreender e intervir junto dos mais velhos, assegurando a possibilidade de um envelhecimento positivo.

1.2 Envelhecimento comum nas culturas

É universalmente aceite que o processo de envelhecimento leva a perdas decorrentes da idade, tendo por base aspetos biológicos que apresentam uma menor variação e portanto comuns a todos os indivíduos em processo de envelhecimento, independentemente da cultura onde se inserem. Apesar destas “perdas universais”, existem diferenças relacionadas com aspetos mais ligados à organização e recursos das sociedades, em que a biologia terá um menor peso. Neste sentido, num estudo de Löckenhoff e colaboradores (2009), os resultados demonstram que os efeitos culturais na própria percepção do envelhecimento são mais expressos em variáveis com menos influência da biologia, e que parece haver diferenças na forma como as sociedades e os indivíduos se posicionam face ao envelhecimento. No presente estudo as conclusões foram no sentido de que o desenvolvimento socioeconómico estaria relacionado com as percepções sobre o envelhecimento.

Na teoria das representações sociais, Moscovici (1988, citado por Löckenhoff et al., 2009) refere que as ideias acerca do envelhecimento, dentro de uma cultura, são uma forma de representação compartilhada. Constituem um sistema de valores e de costumes relacionados com o envelhecimento que orientam os membros da sociedade na lide com a velhice e com os processos associados. No ponto de vista da presente dissertação, interessa, acima de tudo, atender a tais representações nas sociedades ocidentais, onde se assiste a uma orientação e valorização dos jovens e simultaneamente a posições mais negativas face aos idosos e ao seu respetivo envelhecimento (Palmore, 1975).

Através da literatura, podemos afirmar que parece existir uma evidência da variação entre culturas relativamente ao envelhecimento que se associa a aspetos tais como o desenvolvimento socioeconómico, os valores e as crenças culturais, constituindo estas variáveis como relevantes nas diferenças interculturais relativamente às atitudes face ao envelhecimento. Assim sendo, é importante adaptar as intervenções à sociedade alvo das mesmas, olhando o indivíduo como parte da sociedade e não à parte desta, numa visão mais holística do envelhecimento. Esta variação permite estabelecer diferenças culturais face ao processo de envelhecimento experienciado, independentemente das ditas “mudanças biológicas universais”.

Não sendo o objetivo da presente dissertação relatar as diferenças culturais, parece essencial focar que existem variações na forma como os indivíduos se posicionam face ao envelhecimento, como o vivem, como o experienciam e por fim como se adaptam a este, estando esta adaptação dependente da cultura onde se inserem. Fará sentido ter em conta estes aspetos culturais quando olharmos para os resultados de qualquer estudo com a

população idosa, acautelando que as conclusões devam respeitar este princípio de que a cultura fornece as lentes com as quais os sujeitos são vistos e se veem. Olhar o envelhecimento vai além do olhar o idoso, porque este está inserido num contexto que importa conhecer. O processo de envelhecimento de cada um terá que ser contextualizado, pois só assim será passível de ser compreendido.

1.3 Velhice como um processo íntimo e pessoal

Existe uma tendência para considerar a velhice como universal. Esta tendência para a uniformização explica-se, como já foi referido, por esta fazer parte do percurso de vida natural do ser humano (Sequeira & Silva, 2002). No entanto, falar da velhice implica debruçar-se sobre o indivíduo que envelhece, pois o processo de envelhecimento não é igualitário mas sim alvo de uma grande variabilidade entre sujeitos, independentemente da sua origem cultural. O envelhecer é pois um fenómeno multidirecional, ou seja, não segue um padrão normativo, e é multidimensional, no sentido em que não ocorre ao mesmo ritmo, variando ao longo de diferentes variáveis (Steverink et al. 2001, citado por Fernández-Ballesteros, 2007).

O processo de envelhecimento do indivíduo é consequência da interação dinâmica de um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que originam alterações no dia-a-dia às quais os indivíduos têm de responder. São as respostas a essas alterações que diferem entre os indivíduos e são elas também dependentes de uma multiplicidade de fatores internos e externos (Schroets & Birren, 1980, citado por Sequeira & Silva, 2002). Esta multiplicidade sugere um olhar sobre o envelhecimento enquanto processo e não enquanto estado, aceitando que este apresenta uma heterogeneidade na forma como as pessoas o vivem e o experienciam (Shenkin, Watson, Laidlaw, Starr, & Deary, 2014).

Conclui-se que existe a necessidade de olhar o envelhecimento sob o ponto de vista daquele que envelhece, com a certeza que envelhecer é um processo pessoal e íntimo. Com o aumento da população envelhecida e com a ocorrência desta realidade, na generalidade dos países, surge um novo olhar sobre esta população, tornando-se essencial o seu estudo, com vista a desenvolver meios para melhor corresponder às suas particularidades e eventuais dificuldades.

1.3.1 Envelhecimento enquanto processo

Se ao estudar o envelhecimento usarmos como indicador principal a idade cronológica, teremos que ter em conta que esse referencial é meramente um ponto de

referência, não podendo constituir-se como critério fidedigno para perceber o sujeito, pois trata-se apenas de um marcador temporal com todas as variações que dentro deste cabem. Do ponto de vista subjetivo, todos os sujeitos têm uma idade sentida e uma idade desejada (Ward, 2010). Esta experiência subjetiva pode ser entendida como multidimensional, baseada em circunstâncias tais como a saúde percebida, a situação socioeconômica, a atividade, a situação de emprego, a situação conjugal e outras características familiares (Barrett, 2005). A forma como cada indivíduo se auto percebe, tendo em conta estas variáveis, configura a sua ideia de envelhecimento, que por sua vez pode determinar a sua adaptação ao processo de envelhecimento na velhice. A idade ideal ou desejada corresponde à comparação das experiências do momento atual com as de outras fases do ciclo de vida, resultando na avaliação de qual é, para si, a idade ideal (Sheehy, 2006, citado por Ward, 2010). Esta idade é também influenciada pela valorização da juventude e seus benefícios, realizada nas sociedades modernas (Ward, 2010). A velhice pode também ser encarada como a idade ideal, na qual os adultos se sintam ajustados, sabendo que este ajuste depende em parte das atitudes face ao próprio processo de envelhecimento, mas também da aceitação das mudanças operadas e, por isso, pode ser vivida com qualidade. Esta ideia implica olhar a velhice de forma “não formatada”, admitindo a possibilidade de uma vivência com equilíbrio. O idoso tem crenças acerca do seu envelhecimento, sendo importante que seja capaz de olhar os ganhos e as perdas, colocando-os numa balança, permitindo um olhar informado da multidimensionalidade e multidireccionalidade do processo (com perdas e ganhos) e não só de uma forma negativa. Este posicionamento positivo face ao envelhecimento faz emergir aspetos positivos do envelhecer, como por exemplo a sabedoria (Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989).

A velhice começa a ser ponderada na meia-idade, altura em que um primeiro balanço da vida é realizado, onde se avalia e compara os objetivos de vida e os resultados obtidos até ao momento (Sheehy, 1976/2006). Este trajeto, rumo ao interior de cada um, permite uma reflexão que poderá conduzir à aceitação de si, orientada por um sentido da vida definido, conectando o passado com o presente e com os anos de vida que restam. Ward (2010) demonstra que aqueles que desejam ser mais jovens não se sentem realizados na velhice, o que se traduz num menor bem-estar. Em sentido contrário, alguém que se sente realizado na velhice revela um maior bem-estar, sendo que a satisfação com a vida passada é essencial neste sentimento de bem-estar enquanto idoso. Na velhice, e para o bom ajustamento a esta, é essencial o sentimento de ter vivido uma vida plena em que os significados criados foram compreendidos e integrados. A reflexão ocorrida na meia-idade parece pois constituir um

fator protetor para o ajustamento futuro, no decorrer do processo de envelhecimento na velhice, permitindo bem-estar e uma atitude mais positiva face a esta fase da vida. O estudo do envelhecimento vai pois para além do presente imediato do indivíduo enquanto velho, existindo a necessidade de olhar o seu passado que se apresenta como relevante para o ajustamento ao presente. Salienta-se que a velhice resulta de um processo que é o envelhecimento e, enquanto tal, não pode ser olhada como uma etapa isolada da vida de um indivíduo.

1.4 Evolução no estudo do envelhecimento: “Da negatividade estereotipada ao idoso ativo no seu processo de envelhecimento”

O tema do envelhecimento é relativamente recente, visto que a melhoria nas condições de vida, que permitiram a um número significativo de indivíduos viverem mais tempo, se situa só depois da metade do século XX, como já referido, sendo este um marco positivo para as sociedades, demonstrando progressos realizados em termos económicos, sociais e biomédicos. A par das mudanças da sociedade, o viver mais anos tem como consequência mudanças também na vida dos indivíduos, essencialmente no estado de saúde e na vida social.

No passado, o processo de envelhecimento era concebido como uma etapa da vida essencialmente negativa e dolorosa, evidenciado o declínio e as perdas (Oliveira et al., 2010). Esta conceção de declínio provém, em grande parte, de ideias erróneas que se estabeleceram nas sociedades, surgindo, nos dias de hoje, cada vez mais, a necessidade de serem eliminados ou desmistificados estes estereótipos sobre o envelhecimento. Esta imagem do envelhecimento, mais negativa, leva a admitir que o idoso possa enfrentar uma verdadeira crise de identidade, que lesa a sua autoestima e, em última instância, a aceitação de si mesmo, contribuindo para uma menor autonomia, liberdade e convívio social, afetando a frequência e a qualidade dos relacionamentos interpessoais (Gáspari & Schwartz, 2005, citado por Oliveira et al., 2010). Esta negatividade da forma como o processo é concebido torna difícil a sua antecipação e a sua vivência. Mais do que olhar o envelhecimento de forma estereotipada, negativa e decadente, deve-se atender ao seu carácter pessoal, ou seja, a forma como o indivíduo vive o seu próprio envelhecimento tendo em conta as suas vivências e características pessoais, como já foi sendo salientado (Oliveira et al., 2010).

Foram surgindo novas ideias que permitiram aos poucos abandonar o caminho compreensivo baseado estritamente na biologia e na valorização da decadência, para um olhar sobre o indivíduo idoso enquanto ser social, psicológico e com capacidade para agir

sobre o seu processo de envelhecimento, pró-ativo, trazendo a adaptação pessoal para o centro do estudo do envelhecimento. Esta perspectiva mais individualista e heterogênea do envelhecimento realça a experiência subjetiva de cada um, característica importante do envelhecer de hoje, salientando a responsabilização de cada indivíduo pelo seu próprio envelhecimento. Nesta responsabilização está implicado o ser competente e empenhado na vida, sabendo que o que se faz hoje refletir-se-á no percurso da sua velhice, sendo pois compreensível que se desenhem múltiplos programas de prevenção com objetivos de informar e dar “*empowerment*”. É nesta ótica que os conceitos de envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990) e envelhecimento ativo (WHO, 2002) se enquadram.

A proposta do termo envelhecimento bem-sucedido, de Baltes e Baltes (1990), demonstra pois esta tendência de olhar o envelhecimento enquanto dependente, em grande medida, das atitudes e dos processos de *coping*, enfatizando a responsabilização do idoso pelo seu processo de envelhecimento e pela preparação do mesmo, revelando também a importância do seu estudo do ponto de vista mais subjetivo, centrado no indivíduo concreto que está a envelhecer. Estas abordagens de um envelhecimento mais ativo implicam uma mudança na estratégia de intervenção com estas pessoas, que não foque apenas as dificuldades e necessidades mas que reconheça também os direitos e as potencialidades. O que o envelhecimento ativo traz de novo parece ser a necessidade de criar igualdade de oportunidades e de tratamento daqueles que ficam mais velhos, assegurando que poderão ativamente procurar o seu envelhecimento bem-sucedido, de acordo com as suas necessidades, tornando o sujeito mais ativo e portanto menos passivo face às experiências afetas a este processo (José & Teixeira, 2014).

Este envelhecimento bem-sucedido e, por isso, adaptado, contribui para um olhar mais positivo sobre a vida, destacando a importância das atitudes positivas face ao envelhecimento. Nesse sentido, o estudo e caracterização da qualidade de vida, do ponto de vista psicológico, salientando o bem-estar, tal como ele é vivido subjetivamente, pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas à população mais idosa, que permitam um envelhecimento bem-sucedido (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

2. Qualidade de vida

O interesse pelo estudo da qualidade de vida surge no final do século XX. Com o aumento da esperança média de vida tornava-se importante dar qualidade aos anos vividos (mais vida aos anos) para que os indivíduos os gozassem com autonomia e saúde. O termo inicialmente cingia-se à disponibilidade de bens materiais (ex. alimentação, residência com

casa de banho, entre outros), atualmente relaciona-se também com dimensões menos objetivas e mais internas ao sujeito (ex. sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades para atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si) (Sousa et al., 2003).

Num olhar sobre o envelhecimento, cada vez mais subjetivo e centrado no indivíduo visto como ativo e responsável pelo seu processo de envelhecimento, o construto da qualidade de vida assume especial relevância, uma vez que permite aceder a aspetos mais subjetivos do idoso, acedendo também à forma como este vive esta etapa particular. A introdução deste conceito vem refletir o que anteriormente foi referido sobre a necessidade de olhar o envelhecimento numa perspetiva holística. Pode ser dito que o conceito de qualidade de vida da OMS comporta a perspetiva pessoal de quem a reporta, ou seja, entra com a subjetividade de cada um.

2.1 Qualidade de vida e a sua subjetividade: Uma dificuldade de definição

Devido à subjetividade inerente ao conceito, existe uma dificuldade na sua operacionalização, o que torna o seu estudo difícil devido a imprecisões teóricas e metodológicas. Não havendo uma clara definição do conceito, é no entanto cada vez mais aceite que este não depende exclusivamente de critérios de saúde, mas engloba também outros aspetos de vida (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Nesta linha de pensamento, surgem autores que referem a multidimensionalidade do conceito. Victor, Scambler, Bond, e Bowling (2000), por exemplo, afirmam que a qualidade de vida inclui diferentes áreas. Lawton (1983) define qualidade de vida a partir de uma avaliação multidimensional, apontando um modelo que incorpora a perceção da qualidade de vida, o bem-estar, o envelhecimento bem-sucedido, as competências, a saúde, o ambiente, sendo a relação entre estas variáveis que dá a qualidade de vida ao indivíduo. A compreensão do conceito qualidade de vida prende-se muito com uma experiência fenomenológica, multidimensional, que ultrapassa em muito o conceito de saúde, ainda que a saúde seja parte essencial na qualidade de vida dos idosos (Hendry & McVittie, 2004, citado por Paúl & Fonseca, 2005).

As perspetivas que olham a qualidade de vida dos idosos sob o ponto de vista da saúde acreditam que a saúde objetiva tem influência mas, mais importante ainda, é a perceção dos indivíduos acerca da sua saúde, ou seja, o modo como estes a percebem e reagem não só ao seu estado de saúde como também a outros aspetos não médicos da vida. Estas auto perceções poderão contribuir para uma maior ou menor qualidade de vida percebida. Nesta linha de pensamento, a avaliação da vida, em todos os seus domínios, parece ser essencial,

sendo considerada como uma medida das ligações do indivíduo à sua vida no presente, como consequência não apenas do bem-estar e da ausência de desconforto mas também de variáveis mais subjetivas e internas do sujeito, como por exemplo, o sentido da vida (Teixeira, 2000). A heterogeneidade do conceito resulta pois numa variedade de modelos de qualidade de vida, nos quais sobressai a questão da dependência, que pode afetar os idosos ao nível social, comprometendo a sua participação, a capacidade de decisão e controlo da sua vida, afetando não só a experiência do bem-estar psicológico e físico como também da qualidade de vida (Cabral, 2013).

2.2 Qualidade de vida: Conceito igualitário ou dependente do tempo e do meio?

Ao considerar a heterogeneidade do conceito de qualidade de vida, a um nível mais micro e pessoal, parece ser essencial perceber se este varia no tempo, nas sociedades e nos valores e padrões culturais definidos socialmente.

O termo qualidade de vida tem sido referido como o grau em que o indivíduo encontra satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Neste sentido, para ser capaz de avaliar a sua qualidade de vida, o indivíduo terá de ponderar sobre os padrões de conforto e bem-estar estabelecidos pela sociedade onde está inserido (Minayo, Hartz, & Buss, 2000). A qualidade de vida encontra-se assim intimamente ligada aos valores culturais existentes na sociedade onde o indivíduo se insere, ela resulta de uma construção social (Minayo et al., 2000). Os estudos em sociedades onde as desigualdades são muito acentuadas revelam que os padrões e concepções de bem-estar são também estratificados (Minayo et al., 2000), admitindo assim que o conceito varia no tempo e também dentro da própria sociedade, percebendo esta variação entende-se o conceito dentro de um mundo social de representações, justificando-se um olhar sobre o impacto desta relatividade cultural na qualidade de vida.

A ideia apresentada por Witier (1997, citado por Minayo et al., 2000) de que o “apetite pela vida no ser humano está dependente do menu que lhe é oferecido” explica que o indivíduo está dependente das condições que o meio lhe apresenta para que possa ser feliz e tenha qualidade de vida. Contudo, não podemos admitir que este conceito é apenas dependente das condições sociais oferecidas, sob pena de renegar o papel ativo do idoso, deixando-o passivo e à mercê das flutuações de oportunidades sociais. Parece pois correto afirmar que não poderemos falar de qualidade de vida sem que as necessidades mais básicas estejam satisfeitas, contudo, alcançado esse patamar, será mais importante o que o indivíduo faz com aquilo que a sociedade oferece e não apenas o olhar sobre os recursos disponíveis.

2.3 Qualidade de vida e envelhecimento ativo

Enfatizar o papel ativo do indivíduo no seu envelhecimento implica aceitar a ideia de que o idoso ativo terá melhor qualidade de vida, menor grau de dependência e melhor saúde física e psicológica, o que irá contribuir para uma melhor avaliação da sua vida e do seu bem-estar. Na velhice a atividade e a manutenção dos papéis sociais, potencia níveis mais elevados de bem-estar e qualidade de vida (José & Teixeira, 2014), traduzindo a importância do envelhecimento ativo na qualidade de vida dos idosos. Contudo, autores como Walker (2002, citado por José & Teixeira, 2014), alertam para que não se deve homogeneizar a população idosa, existindo acentuadas desigualdades de oportunidades e recursos, obrigando a olhar para este conceito de envelhecimento ativo com precaução, quando o queremos associar à qualidade de vida. No cerne da questão parece estar a necessidade de olhar para o envelhecimento como uma panóplia de caminhos, nunca um caminho será igual ao outro.

2.4 Qualidade de vida: Relação com outras dimensões da vida

Estudos indicam que existe uma associação positiva entre a atividade, seja física ou mental, e a qualidade de vida (Bowling & Gabriel, 2004, citado por José & Teixeira, 2014). A participação em atividades sociais (por exemplo, frequentar a universidade sénior) reduz os estados depressivos que estão associados a uma pior perceção de si e da sua vida e, consequentemente, a uma pior qualidade de vida percebida. Nesta faixa etária, as atividades religiosas têm também um peso relevante na prevenção de estados depressivos (Croezen et al. 2013, citado por José & Teixeira, 2014). A permanência no local de trabalho, de forma ativa, previne o declínio de capacidades cognitivas, já que o impacto da reforma antecipada se traduz num menor contacto social, levando a sentimentos de maior solidão e crises de identidade e do seu papel no mundo (Mazzonna & Peracchi, 2013, citado por José & Teixeira, 2014). Todas estas referências vêm demonstrar que o envelhecimento ativo pode ser realmente potencializador de qualidade de vida, para grande parte dos indivíduos, contudo, deveremos sempre centrar o estudo na forma subjetiva como cada um se coloca face ao seu envelhecimento, sendo essa pessoa que deve determinar aquilo que é importante para ela no envelhecer com qualidade.

O mundo das relações sociais apresenta-se como uma área de grande importância na vivência da velhice, tendo sempre em consideração o contexto cultural em que se inserem (Delhey & Newton, 2005). Os estudos sobre a qualidade de vida são unânimes em apresentar as relações sociais como muito importantes na avaliação que o idoso faz da sua qualidade de vida, enfatizando a necessidade humana de contacto com o outro, experienciando o bem-estar

daí resultante (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Cabral, 2013). As ligações sociais refletem a forma como os indivíduos participam na sociedade e são determinantes na saúde e na qualidade de vida dos idosos (Pichler & Wallace, 2007), podendo ser consideradas um bom preditor da mortalidade (Uchino, 2004, citado por Paúl, 2005).

2.5 Qualidade de vida: “O caso português”

A população portuguesa tem vindo a envelhecer, como já referido, pelo que o estudo da qualidade de vida, nesta população, é uma preocupação urgente. Tendo em conta as transformações associadas ao processo de envelhecimento, muitas delas com valência negativa, há que potencializar outros fatores capazes de minimizar os custos das perdas, aumentando o sentimento de bem-estar.

Num estudo de Rodrigues et al. (2014), as conclusões apontam que uma boa autonomia e uma boa perceção do estado de saúde são determinantes para a qualidade de vida dos idosos portugueses, confirmando as hipóteses apresentadas, noutros estudos, noutros países. No mesmo artigo, os autores referiram que os idosos portugueses tendem a considerar o seu estado de saúde como satisfatório e a subestimar o seu declínio. Marques, Sánchez, e Vicario (2014), num outro estudo sobre a perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos, demonstraram que, para os indivíduos estudados, ter qualidade de vida significa ter saúde, paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado (por exemplo, fazer voluntariado), manter relações interpessoais e receber apoio da família, dos amigos e vizinhos. Esta dimensão mais social do conceito é corroborada por outros estudos que mostram que os idosos apreciam um bom relacionamento com a família e amigos bem como a participação em organizações sociais (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005).

2.6 Qualidade de vida: Operacionalização

Para efeitos do presente trabalho, pode-se definir qualidade de vida como a perceção que os indivíduos têm que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou que lhes estão a negar a oportunidade de alcançarem a felicidade e auto-realização, independentemente do seu estado de saúde física ou das condições sociais e económicas (WHOQOL Group, 1998). Estudos demonstram que a qualidade de vida influencia a saúde (Pereira et al., 2012) e que existe uma relação entre a qualidade de vida e a ideação suicida (Ponto, Almeida, & Fernandes, 2014). A relação entre a qualidade de vida e a ideação suicida, considerando a multidimensionalidade do conceito e tendo em conta a definição proposta pela OMS, virá a ser explorada, empiricamente, na investigação que se levará a efeito.

3. Atitudes face ao envelhecimento

Considerando as atitudes face ao envelhecimento como um possível contributo para comportamentos desadaptados, no decorrer do processo de envelhecimento, podendo mesmo resultar em mortes prematuras (Bennett & Eckman, 1973), torna-se importante perceber qual o seu papel na adaptação ao meio, no curso da velhice e tendo em conta a qualidade de vida, esperando-se encontrar uma associação entre as atitudes e a qualidade de vida. Igualmente relevante é a exploração empírica da associação entre as atitudes face ao envelhecimento e a ideação suicida, esperando-se que as atitudes e a qualidade de vida tenham um poder preditor relativamente à ideação suicida.

3.1 O estereótipo da idade: Uma base para a atitude face ao envelhecimento

O conceito de preconceito de idade, pode ser entendido como o "prejuízo por um grupo etário em relação a outros grupos etários" (Butler, 1969), a par do racismo e do sexismo, o preconceito de idade apresenta-se como uma forma de discriminação que pode resultar numa exclusão dos indivíduos apenas porque são velhos, impedindo uma vivência equilibrada e com qualidade desta etapa da vida.

No contato com os outros, tendemos a fazer classificações automáticas, classificando-os em três dimensões: raça, sexo e idade (Nelson, 2002). Neste sentido o estereótipo nasce quando os grupos são automaticamente caracterizados em termos de atributos específicos que são posteriormente generalizados a todo o grupo (Tajfel & Turner, 1986). A classificação, tendo por base a idade, pode ser descrita em termos de estereótipos negativos ou positivos. A discriminação relativa à idade ocorre, na verdade, nos diferentes grupos etários, contudo parece ser diferente em relação aos adultos mais velhos, uma vez que está associada à deterioração e à morte (Nelson, 2002). Existem mitos e estereótipos, acerca dos idosos, que transmitem uma ideia de menor capacidade de evolução e desenvolvimento, revelando uma imagem do idoso como incapaz, mesmo que este não apresente doença física (Fonseca, 2004a). Tendemos a olhar para a velhice como o fim da vida, desprezando as suas potencialidades, assim velhice e morte são assumidas como quase equivalentes, não deixando espaço para que se possa investir de forma ativa e positiva nesta fase da vida (Cerqueira, 2010).

Nas sociedades atuais, onde existe uma orientação para se ser e sentir-se jovem com tendência a desprezar os idosos e olhando-os como portadores de rótulos negativos, exercendo uma discriminação, importa atender, perceber e desmistificar o fenómeno dos estereótipos e a sua influência sobre os adultos mais velhos. A pressão feita nesse sentido

leva a uma percepção e a uma futura atitude de pessimismo face ao envelhecimento, resultando num sentimento de insatisfação por se ser velho e pelas mudanças decorrentes do envelhecimento, que podem ser vividas com maior *stress*, demarcando os idosos da restante sociedade. O impacto que estas emoções têm no organismo tem sido estudado e demonstra que as emoções negativas e o *stress* podem afetar negativamente o sistema imunológico, aumentando o risco de doenças infecciosas e inflamatórias (Maia, 2002). Paralelamente a estes fatores biológicos, o sentir-se desadequado poderá tornar-se um risco para o idoso que, por se sentir excluído, pode, em algum momento, desenvolver ideias suicidas (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009).

Sendo documentado que os estereótipos podem afetar a autopercepção do envelhecimento (Levy, 2003), torna-se claro o seu papel essencial nas atitudes e na posição, adotada pelo idoso, face ao seu processo de envelhecimento. Estes estereótipos, de base negativa, não têm somente impacto na forma como a sociedade olha os idosos e o processo de envelhecimento mas têm, acima de tudo, impacto na forma como o próprio indivíduo se posiciona face ao seu envelhecimento. É importante atender a este aspeto, uma vez que influencia a forma como cada um olha, vive e sente a velhice, esperando-se que influenciem a adaptação do idoso, expressando-se na qualidade de vida e, eventualmente, em comportamentos suicidários.

3.1.2 O estereótipo do idoso em Portugal

Em Portugal os resultados apontam para a prevalência de um estereótipo positivo em relação ao idoso (Lima, Marques, Baptista, & Ribeiro, 2011). Na sociedade portuguesa, projetada como maioritariamente envelhecida, fará sentido olhar o futuro não como um momento de incapacidade e declínio mas como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento (Fonseca, 2004b).

3.2 O bem-estar do idoso e sua relação com as atitudes face ao envelhecimento

Sequeira e Silva (2002) apresentam alguns indicadores que os autores admitem como capazes de influenciar o bem-estar e que têm impacto na qualidade de vida e nas atitudes face ao envelhecimento da população idosa. O estudo revela diferenças significativas entre casados e viúvos: os idosos casados demonstram menos sentimentos de solidão/insatisfação, apresentando níveis mais elevados de bem-estar. A saúde é outro preditor das atitudes face ao envelhecimento: os idosos que tendem a perceber a sua saúde como pior tendem a revelar atitudes mais negativas face ao envelhecimento. A saúde dos idosos apresenta-se, em geral,

fragilizada, contudo vários estudos têm demonstrado que, apesar disso, o bem-estar subjetivo não diminui com a idade (Bourque, Pushkar, Bonneville, & Béland, 2005). O nível de atividade do idoso, isto é, o sentir-se útil e capaz, traz sentimentos de ânimo e autoestima essenciais à vivência do envelhecimento positivo, combatendo a ideia de fragilidade e incapacidade. A atividade promove também a integração social (Fisher & Shaffer, 1993, citado por Sequeira & Silva, 2002), evitando o afastamento da sociedade. São pois os idosos ativos que encontram na ligação ao mundo uma forma de se sentirem parte dele e não à parte dele. Viver na sua própria casa parece ser fundamental na valorização da independência por parte do idoso, esta situação pode encontrar uma explicação na continuidade da vida que ela representa, numa época de experiências de mudanças irreversíveis, decorrentes do envelhecimento (Paúl, 1991, citado por Sequeira & Silva, 2002).

Todos os constructos, anteriormente referidos, ajudam o idoso a uma melhor adaptação às mudanças decorrentes da idade, traduzindo-se em percepções mais positivas do envelhecimento que alguns autores referem como sendo uma negação desse processo (Bultena & Powers, 1978). A visão de Sneed e Whitbourne (2005) salienta que esta satisfação, em relação ao envelhecimento, pode contudo ser indicadora de uma capacidade de adaptação face as mudanças no decorrer da idade.

Uma atitude positiva face ao envelhecimento traz ganhos ao nível da saúde física e da interação social (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001), sendo demonstrada a relação entre a autopercepção positiva do envelhecimento e um menor risco de mortalidade, em parte porque estes idosos, “mais positivos” face ao envelhecimento, tendem a realizar, com maior frequência, comportamentos promotores de saúde (Levy & Myers, 2004). Contudo, há limites na capacidade de resposta face ao envelhecimento, o avançar da idade e a aproximação da morte, confrontam o indivíduo com mudanças e perdas, cada vez mais negativas, numa variedade de domínios do seu funcionamento físico e psicológico, resultando em níveis mais baixos de bem-estar (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009).

4. O fenómeno suicidário

O suicídio é um fenómeno complexo de natureza multifatorial que tem na sua génese uma interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais (Wasserman, 2001).

Estamos perante um problema de saúde pública nos países economicamente desenvolvidos, ainda assim é nos países mais frágeis economicamente que persistem valores

mais elevados nas taxas de suicídio, consequência de uma menor capacidade de resposta às necessidades da população (Vijayakumar, Pirkis, & Whiteford, 2005). Em Portugal, o envelhecimento marcado da população, bem como a fragilidade da presente situação económica torna o suicídio um problema real que deve ser prioritário nas políticas de saúde.

Alguns autores têm procurado perceber as influências ambientais e genéticas capazes de explicar o comportamento suicida dos indivíduos (Roy, Hu, Janal, Goldman, 2007, citado por Stein et al., 2010). Evidências recentes indicam que os fatores ambientais contribuem de forma mais significativa para estados psicológicos negativos (por exemplo, depressão, comportamento suicida) quando comparados com os fatores genéticos (Risch et al. 2009, citado por Stein et al., 2010), revelando a necessidade de olhar os comportamentos suicidários do indivíduo num contexto ambiental. A religiosidade, por exemplo, tem sido referida como um fator cultural relevante nos comportamentos suicidas (Bertolote & Fleischmann, 2002). Neste sentido, autores referem que um maior nível de religiosidade associa-se a taxas mais baixas de suicídio (Sisask et al., 2010). A par da religião há outros fatores de natureza individual e social que se apresentam como relevantes nos comportamentos autodestrutivos e que serão posteriormente referidos.

Apesar do interesse crescente no tema do suicídio, a sua característica multifatorial e a disparidade de constructos torna difícil o seu estudo. Neste sentido, autores afirmam como prioritário o estabelecimento de um campo teórico assente em definições e constructos consistentes (Silverman, Berman, Sandália, O'Carroll, & Joiner, 2007) que permitam uma aproximação explicativa desta ocorrência.

4.1 O fenómeno suicidário: Diversidade de condutas autodestrutivas

O comportamento suicidário engloba comportamentos distintos: ideação suicida; tentativa de suicídio; para-suicídio; suicídio consumado (Scocco & Leo, 2002). Todos estes comportamentos resultam de um profundo sofrimento, tendo na génese diferentes motivações que podem ou não ser consequência de uma intenção de morte.

A ideação suicida manifesta-se no indivíduo sob a forma de pensamentos, desejos, sentimentos ou planos para a sua autodestruição (Oliveira, 2003), nem sempre estes passam ao ato efetivo, são uma forma de escoar o sofrimento no qual o indivíduo se vê mergulhado. É muito comum a ideação suicida estar associada à depressão e aos sentimentos de desesperança, no caso dos idosos está também ligada a distúrbios afetivos, má saúde e prejuízo funcional (Alexopolous, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuuma, 1999). A tentativa de suicídio é definida como um comportamento do indivíduo contra si mesmo mas que não

resulta na sua morte (Costa, 2010). Apesar de não resultar em morte constitui um risco acrescido para um futuro suicídio consumado, não devendo pois ser ignorado. No parasuicídio não há uma intenção deliberada de morte, apesar da possível consequência de danos da integridade física (Costa, 2010), sendo muito comum entre os jovens, por exemplo através de automutilações, tendo por objetivo alertar para um sofrimento intenso que não tem forma de ser mentalizado. Por fim, o suicídio consumado tem como resultado a morte do indivíduo, é consequência de um ato infligido, pelo próprio, contra a sua integridade física, tendo na base uma intenção de morte (Silva & Sampaio, 2011).

4.2 O fenómeno suicidário: O olhar atual

Inicialmente a literatura sobre o suicídio cingia-se ao estudo dos transtornos mentais e dos fatores de risco mas rapidamente estas variáveis tornaram-se insuficientes para a explicação e compreensão dos comportamentos suicidários. Alargando o espectro e tendo em conta a complexidade do fenómeno a literatura trabalha, atualmente, com uma pluralidade de dimensões numa tentativa de dar resposta ao despertar da importância desta temática junto das sociedades mundiais, consequência do aumento no número de suicídios (Minayo & Cavalcante, 2015). Não só a literatura modificou a forma de olhar o suicídio como também a sociedade reage à temática de forma variada no tempo, refletindo os valores e ideologias face à vida e à morte (Campos & Leite, 2002). No mundo ocidental, o suicídio é hoje um ato consciente, consequente de um mal-estar multidimensional presente no indivíduo e que tem por objetivo o cessar de consciência (Leenaars, 2010). O indivíduo acredita que o suicídio é a resolução para o seu mal-estar. Independentemente das representações sociais face ao suicídio e do contexto social onde o ato é consumado, este revela um fracasso do indivíduo, sendo que as suas vivências internas são pautadas pelo sofrimento e pela sua relação com o mundo, fracassada em algum momento, o que origina um grande sofrimento e desespero que incita os pensamentos suicidas (Sampaio, 2006). Olhar para o suicídio centrado no fracasso do indivíduo demonstra a subjetividade e complexidade do fenómeno suicidário. A literatura reflete a subjetividade como essencial na compreensão do suicídio, ainda que existam variáveis externas ao indivíduo e que são comuns à maioria dos casos de suicídio. Shneidman (1985, citado por Leenaars, 2010), afirma que o fator determinante em todos os casos de suicídio é precisamente a dor psicológica resultante deste mal-estar multidimensional, evidenciando a importância dos estados emocionais na explicação do fenómeno suicidário, reforçando a necessidade de atender a subjetividade no estudo da temática.

Os idosos, a par dos jovens, são referidos pela literatura como o grupo etário mais vulnerável a comportamentos suicidas, em diferentes países (Patton et al., 2009). Sendo assim, o envelhecimento esperado da população mundial faz antever um crescimento no número de suicídios consumados. Neste sentido, importa perceber os pontos onde o envelhecimento se cruza com o suicídio, tentando compreender a génese deste risco associado aos mais velhos.

4.3 Envelhecimento e suicídio

O envelhecimento constitui um período de crise na vida do ser humano, relacionado direta ou indiretamente com as mudanças e dificuldades surgidas nesta etapa da vida, particularmente: doenças crónicas, por vezes dolorosas e limitativas da autonomia; diminuição ou perda do estatuto social; isolamento social e familiar; fatores de *stress* intenso (ex: perda de pessoas significativas); perda ou redução da mobilidade, tornando-se dependente de terceiros e com menor controlo sobre a vida; aparecimento de défices cognitivos (DGS, 2013). Todos estes acontecimentos originam uma transformação na vida do indivíduo. Confrontados com o declínio natural e inevitável da condição humana, muitos idosos decidem que o momento da morte chegou, antecipando-a e evitando passar pelo declínio e dependência reais (Holmes, 1997). Com o avançar da idade, a adaptação a esta realidade é difícil, deixando os indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento e à depressão, podendo o idoso projetar a morte como uma libertação da condição de decadência e fragilidade. A atitude que o idoso tem face ao seu envelhecimento pode pois ser determinante como proteção face a estas vivências negativas.

A velhice, pela sua proximidade com a morte, constitui ainda uma altura de reflexão sobre a vida. Sendo a última etapa do desenvolvimento psicossocial do ser humano, tem sido referida como pautada por sentimentos que podem ser ambivalentes: por um lado, a satisfação pelos objetivos alcançados que permite uma atitude positiva face ao envelhecimento, por outro lado, pode também ser um momento de tristeza e desesperança, confrontando o indivíduo com uma impossibilidade de recomeço, originando desespero e angústia pela proximidade da morte (Erikson, 1982/1998) e consequentemente uma atitude mais negativa face ao próprio envelhecimento. A morte constituiu pois uma particularidade a ter em conta, a perda de outros significativos remete para a própria vulnerabilidade e inevitabilidade da morte, confrontando o idoso com a impossibilidade de controlar a sua vida e a de outros significativos (Mitty & Flores, 2008). A morte de outros significativos é também referida como a perda de ligação à realidade e à sociedade, deixando o idoso

sozinho, desanimado e deprimido (Durkheim, 1897, citado por Silva et al., 2015), fazendo dos viúvos um grupo de risco para os comportamentos autodestrutivos. Estas vivências negativas do envelhecimento podem dar origem a sintomas depressivos ou mesmo à depressão efetiva e severa, potencializando o risco de comportamentos autodestrutivos.

A velhice é também, muitas vezes, sinónimo de solidão, sendo esta considerada uma das principais causas do suicídio (Angerami-Camon, 1950/1992). Em parte, a solidão pode ser o resultado da marginalização do idoso pela sociedade, fazendo aumentar o seu sentimento de inutilidade, de fardo. Na presença da marginalização e da estigmatização do envelhecimento ficam reunidas as condições para o aparecimento de sentimentos de solidão, provocando sofrimento e risco desnecessário. Na tentativa de fazer face a esta solidão, os indivíduos podem ter ideações suicidas que surgem como pedidos de ajuda mas que no entanto podem vir a ser fatais (Cassorla, 1984/1992).

O interesse pelo suicídio nos idosos não é recente, mas ganha hoje maior expressão devido ao aumento da população envelhecida, mas também pela mudança, já referida, do paradigma do envelhecimento. Com efeito, no passado, envelhecer era centrado na negatividade, na perda e na finitude. Nos dias de hoje, a velhice pode ser vista, cada vez mais, como uma fase cheia de potencialidades, existindo uma grande ênfase na promoção do bem-estar dos mais velhos, resultando em que os sentimentos suicidas, quando ocorrem, suscitarem, na comunidade, uma maior perplexidade e preocupação. No passado, estes sentimentos eram considerados como consequentes do envelhecimento e compreensíveis no contexto de ser idoso. Note-se que, na antiguidade, os gregos chegavam a admitir como toleráveis tais comportamentos, dando mesmo, em casos extremos, a opção do suicídio assistido (O'Connell, Chin, Cunningham, & Lawlor, 2004). Hoje, a sociedade dispõe de meios para oferecer a maior qualidade de vida possível aos idosos, permitindo a sua proteção, sendo a aposta no envelhecimento ativo uma forma de potencializar a velhice, originando atitudes e vivências positivas do processo de envelhecimento, contribuindo para um bem-estar e qualidade de vida junto dos indivíduos e, desta forma, evitar os sentimentos negativos conducentes a comportamentos suicidas.

4.4 Envelhecimento e suicídio: Particularidades do suicídio nos idosos

Pela sua frequência nas sociedades atuais, o suicídio após os 65 anos de idade é considerado um problema real de saúde pública no mundo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Contrariamente aos jovens, o suicídio nos idosos associa-se a uma forte

intenção de morte, resultando em altos níveis de letalidade devido à premeditação e aos métodos utilizados (Demirçin, Akkoyun, Yilmaz, & Gökdoğan, 2011).

O suicídio nos idosos, tal como nos restantes grupos etários, apresenta-se como complexo e multifatorial, revelando uma heterogeneidade dentro do grupo etário na comparação com outros grupos etários, motivo que é referido como principal obstáculo ao estudo do suicídio nesta faixa etária (Conwell, Duberstein, & Caine, 2002). Na sua heterogeneidade, o suicídio consumado é mais expressivo nos idosos em comparação com grupos mais jovens (Pearson & Connell, 1995). Por sua vez, os idosos apresentam menor ideação suicida do que os jovens (Gallo, Anthony, & Muthen, 1994). A explicação encontra-se na maior determinação para morrer, nos métodos usados mais planeados e nos comportamentos autodestrutivos mais letais (Conwell et al., 1998). Na sequência desta heterogeneidade, as taxas de suicídio são mais elevadas nos homens do que nas mulheres, ainda que as mulheres apresentem mais ideação e tentativas de suicídio, levando os autores a falarem num “paradoxo do suicídio” (Canetto, 2008).

A heterogeneidade, anteriormente referida, não é impeditiva de traçar alguns fatores de risco, comuns à população idosa. Os idosos vivem o processo de envelhecimento, sendo-lhes exigida uma adaptação a novas formas de estar e sentir o mundo perante as vicissitudes negativas desse processo. Não se sentindo eles motivados ou não conseguindo corresponder a esta exigência, poderão surgir riscos para os comportamentos autodestrutivos.

4.5 Fatores de risco para o suicídio: A realidade dos idosos

Os fatores de risco são dinâmicos e segundo a DGS (2013) apresentam-se como circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade com potencial para aumentar a probabilidade de suicídio. A literatura demonstra que os domínios da saúde mental e física bem como os fatores sociais são os principais fatores de risco para o suicídio entre os idosos (Conwell et al., 2002). Outros autores definem os fatores de risco em 4 grandes categorias: Individuais (ex. sexo masculino); Relacionais (ex. isolamento); Comunitários (ex. falta de apoios); Sociais (ex. estereótipos face aos mais velhos) (Franks, Burnett, & Evans, 2012).

As características demográficas, como a idade avançada e o sexo masculino, associam-se a um elevado risco de suicídio, ambos constituem marcadores menos variáveis e mais facilmente identificados pela literatura (Kraemer et al., 1997). O aumento das taxas de suicídio com o avançar da idade é comprovado na maioria dos países com dados disponíveis. Portugal acompanha este padrão tipicamente ascendente, com as taxas de suicídio a

demonstrarem um aumento progressivo e expressivo dos mais jovens para os mais velhos (Veiga & Saraiva, 2003).

Ao nível mental e de acordo com estudos de autópsia psicológica de suicídios em idosos, a literatura revela que entre 71% a 95% das vítimas de suicídio, com 65 ou mais anos, apresentava doença mental no momento da morte (Conwell et al., 1996). A literatura é concordante em afirmar a psicopatologia como um fator de risco predominante do suicídio nos idosos. No campo da doença mental, o diagnóstico de depressão tem especial relevância uma vez que está intimamente ligado, na maioria dos artigos, as tentativas de suicídio nas idades avançadas (Leo et al., 2002). Com efeito, a depressão apresenta-se como um fator de risco relevante nos comportamentos suicidários em geral (Kessler, Borges, & Walters, 1999). Nas populações idosas a depressão está associada aos estados físicos deficitários e a estados mentais decorrentes do processo de envelhecimento, que se manifestam em diferentes áreas da vida do indivíduo (Powers, Thompson, Futterman, & Gallagher-Thompson, 2002), originando sentimentos de tristeza e desânimo ao qual o idoso procura responder, recorrendo por vezes a comportamentos suicidários que surgem como uma possibilidade de travar as consequências dolorosas do envelhecimento às quais o indivíduo não consegue adaptar-se (Mitty & Flores, 2008).

A saúde física tem um impacto considerável no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, especialmente nos idosos, pela conhecida prevalência da doença física nesta faixa etária. O impacto da doença física está estreitamente ligado com a disfuncionalidade e dependência (Conwell et al., 2002), também a dor apresenta-se como importante (Cattell, 1988): quanto mais limitativa da autonomia e dolorosa for a doença física, maior será o risco para pensamentos e comportamentos suicidas. Cerca de 70% dos idosos que se suicidaram apresentavam algum tipo de doença física na altura da morte (Dorpat, Anderson, & Ripley, 1968), instaurando a doença física como um fator de risco determinante no suicídio. No entanto, nos homens, a ligação entre doença física e risco de suicídio tem-se mostrado mais evidente do que nas mulheres (Waern et al. 2001, citado por Conwell et al., 2002).

Ao nível social, estudos evidenciam a solidão e a baixa interação social como preditores do suicídio (Conwell, Olsen, Caine, & Flannery, 1991). Neste sentido a experiência da solidão revela-se como uma das principais causas de morte por suicídio (Angerami-Camon, 1950/1992), bem como a diminuição do apoio social que faz aumentar o número de comportamentos suicidas em pessoas idosas (Rubenowitz, Waern, Wilelmson, & Allbeck, 2001). A pouca integração social aumenta a probabilidade de suicídio nos idosos, ideia expressa de forma clara na Teoria Interpessoal do Suicídio (Van Orden et al., 2010), que

define os comportamentos suicidas como resultado de uma frustração da necessidade de conexão social. A falta deste contacto social gera solidão e isolamento, referidos como fatores de risco para o suicídio nos idosos (Barraclough, 1971). Ainda no campo social, a família constitui um dos suportes essenciais nesta fase da vida, a falta de apoio familiar pode pois ser um fator preditivo para o comportamento suicida dos idosos (American Association of Suicidology citado por Silva et al., 2015). A decadência das relações primárias reflete-se nas dinâmicas diárias, transformando o ambiente, no qual o idoso tende a sentir-se inútil, sem perspectivas futuras e com pouca capacidade para inverter a situação, tornando-se mais vulnerável ao suicídio (Marques & Sousa, 2012, citado por Silva et al., 2015). O sentimento de desamparo emocional e a falta de suporte adequado das pessoas significativas podem levar o idoso a perder progressivamente o elo de ligação com a vida, desejando antecipar o fim (Krüger & Werlang, 2010).

Conclui-se que o apoio social e familiar pode aliviar os efeitos psicológicos negativos criados pelas transformações decorrentes do processo de envelhecimento (Beeston, 2006, citado por Minayo & Cavalcante, 2015). O apoio familiar é importante uma vez que facilita a inserção positiva no meio envolvente, permitindo uma atitude positiva sobre o envelhecimento, capaz de promover a adaptação a este processo e originando uma maior satisfação com a vida, sugerida como protetora do risco (Heisel & Flett, 2004).

4.6 Suicídio: A realidade portuguesa

Segundo dados do Eurostat, as taxas de suicídio em Portugal têm registado um aumento, ainda assim são menores quando comparadas com dados de outros países europeus. Estes números têm sido justificados, entre outros, com fatores de ordem religiosa, referidos anteriormente como protetores de comportamentos destrutivos (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Acompanhando a tendência de outros países do mundo, em Portugal, o suicídio nos grupos etários mais velhos começa a despertar interesse dos responsáveis da saúde. De acordo com os dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013), os idosos portugueses apresentam taxas elevadas de suicídio e, estas aumentam com o avançar da idade. Na distribuição geográfica dos suicídios, Portugal revela disparidades regionais, registando-se os valores mais elevados no interior país. São apontados fatores tais como o isolamento marcado destas regiões, o envelhecimento expressivo da população, os baixos níveis de escolaridade redutores na capacidade de resolução de problemas, a pobreza acentuada e a falta de diversos apoios, como por exemplo o apoio médico (Saraiva, 2010).

4.7 O “Suicídio social”

Sendo claro que o suicídio é um ato individual ele é também, contudo, um reflexo social, resultante de uma falência na satisfação das necessidades (Guerrero, 2005). O indivíduo insere-se num sistema cultural (valores, ideias, crenças) que determinam parte do seu comportamento. O suicídio pode ser entendido como resultado da percepção do indivíduo acerca destes elementos culturais, tornando o comportamento suicidário tanto do ponto de vista social, como biológico ou psicológico, admitindo que os fatores associados a estes comportamentos variem de acordo com a cultura onde o sujeito está inserido (Guerrero, 2005).

As sociedades de hoje estão orientadas para os mercados de capitais, demarcando-se das pessoas, longe dos ideais de equidade social, abre-se espaço para a frustração das necessidades em diferentes domínios da vida (Ex.: saúde, educação, habitação, etc.). Perante a frustração de necessidades básicas, o indivíduo confronta-se com a angústia e tristeza, justificando o aumento de suicídios, aquando de graves crises e recessões económicas (Guerrero, 2005). Durkheim (1897, citado por Van Orden et al., 2010) tinha já apresentado os contributos que reforçam o papel social: a integração (relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo) e a regulação (requisitos exigidos para pertença ao grupo), como essenciais na redução das taxas de suicídio, afirmando que um indivíduo que se sente à parte da sociedade é um indivíduo marginalizado, excluído. Neste sentido, Pescosolido (1990) realça a importância das comunidades religiosas e das redes sociais, no apoio e na proteção do indivíduo. Outros autores, como Palmer (1972, citado por Saraiva, 2010) valorizam as trocas sociais como promotoras da ligação do indivíduo à sociedade, esta presença no mundo social ativo contribui para a prevenção do suicídio.

Em suma, o suicídio não pode ser compreendido senão inscrito numa realidade pessoal, social e económica, uma vez que é na sociedade que o indivíduo encontra a satisfação das suas necessidades, parte integrante e fundamental para o bem-estar, satisfação e qualidade de vida.

5. Envelhecimento, qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento e a sua relação com o suicídio.

O envelhecimento é uma realidade em crescimento no mundo. Envelhecer trata-se de um processo normativo do ser humano que inevitavelmente provoca uma alteração no seu equilíbrio homeostático. O processo de envelhecimento altera a percepção que o idoso tem de si, sendo que as atitudes dos idosos face a esta etapa do desenvolvimento humano são

fundamentais para a sua adaptação à nova condição. Uma atitude positiva dos outros, face ao idoso, e do próprio, face ao envelhecimento, não só previne as ideias sobre a antecipação da morte como se constitui como promotor essencial de uma vivência plena e harmoniosa da velhice, uma qualidade de vida possível e necessária. Esta capacidade adaptativa envolve aspetos emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais.

A ideia de um envelhecimento centrado na doença e na incapacidade parece obsoleta pois atualmente aposta-se cada vez mais na manutenção da saúde e no bem-estar das pessoas mais velhas. A resiliência é apontada como um dos fatores determinantes para a saúde e bem-estar dos idosos, uma vez que permite uma adaptação à mudança e a possibilidade de prosperar em face da adversidade ou de recuperar de acontecimentos de vida negativos (Connor, 2006). O suicídio nos idosos está intrinsecamente ligado à forma como estes e os que os rodeiam lidam com o processo, natural e inevitável, da decadência do ser humano.

Tendo em conta tudo o que foi anteriormente referido e tomando em consideração a multidimensionalidade da qualidade de vida, na perspetiva da OMS, e a relevância das atitudes face ao envelhecimento, fará sentido explorar, nos adultos mais velhos, a possível relação com a ideação suicida, de modo a poder vir a traçar intervenções clínicas informadas e focalizadas.

6. Objetivos e Hipóteses

O objetivo geral do presente estudo visa explorar a influência da qualidade de vida e das atitudes face ao envelhecimento na ideação suicida, numa amostra de idosos da população geral. Neste sentido, os objetivos específicos do estudo e as respetivas hipóteses são os seguintes:

Objetivo Específico 1: Caraterizar a amostra de adultos mais velhos quanto à ideação suicida, qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento.

Objetivo específico 2: Comparar o risco de ideação suicida tendo em conta o género (masculino vs. feminino) e a idade.

Hipótese 1: Espera-se que os homens revelem um maior risco de ideação suicida quando comparados com as mulheres.

Hipótese 2: Prevê-se que o risco de ideação suicida aumente com o avançar da idade.

Objetivo específico 3: Analisar a relação entre a ideação suicida e variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Hipótese 3: Espera-se que os indivíduos que se encontrem doentes apresentem um risco maior de ideação suicida.

Hipótese 4: Prevê-se que os indivíduos satisfeitos com a sua situação económica atual apresentem um menor risco de ideação suicida.

Hipótese 5: Espera-se que a satisfação com os relacionamentos sociais e familiares esteja relacionada com um menor risco de ideação suicida.

Objetivo específico 4: Comparar a qualidade de vida tendo em conta a idade.

Hipótese 6: Espera-se que os níveis de qualidade de vida diminuam com o avançar da idade.

Objetivo específico 5: Analisar a relação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Hipótese 7: Prevê-se que os indivíduos que estejam atualmente doentes revelem uma qualidade de vida inferior.

Hipótese 8: Prevê-se que os indivíduos satisfeitos com a sua situação económica atual revelem uma qualidade de vida superior.

Hipótese 9: Espera-se que os indivíduos satisfeitos com a qualidade dos seus relacionamentos sociais e familiares revelem uma qualidade de vida superior.

Hipótese 10: Prevê-se que os indivíduos casados apresentem uma qualidade de vida superior quando comparados com indivíduos viúvos.

Objetivo específico 6: Comparar as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o género.

Hipótese 11: Espera-se que as atitudes face ao envelhecimento sejam diferentes nos homens e nas mulheres.

Objetivo específico 7: Analisar a relação entre as atitudes face ao envelhecimento e variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Hipótese 12: Espera-se que os indivíduos que estejam doentes revelem uma atitude mais negativa face ao envelhecimento.

Hipótese 13: Prevê-se que os indivíduos satisfeitos com a sua situação económica atual apresentem uma atitude mais positiva face ao envelhecimento.

Hipótese 14: Espera-se que a qualidade das relações traduza uma atitude mais positiva face ao envelhecimento

Objetivo específico 8: Analisar a relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento.

Hipótese 15: Prevê-se que os indivíduos com melhor qualidade de vida percebida demonstrem atitudes mais positivas face ao envelhecimento.

Objetivo específico 9: Analisar a relação entre ideação suicida e a qualidade de vida.

Hipótese 16: Espera-se encontrar diferenças na perceção de qualidade de vida nos indivíduos com risco e sem risco de ideação suicida.

Objetivo específico 10: Analisar a relação entre ideação suicida e as atitudes face ao envelhecimento.

Hipótese 17: Prevê-se encontrar diferenças nas atitudes face ao envelhecimento nos indivíduos com risco e sem risco de ideação suicida.

7. Metodologia

7.1 Participantes

No presente estudo participaram 123 indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, o mínimo os 65 e o máximo os 93 anos ($M = 73.67$; $DP = 5.99$). A amostra é de conveniência, sendo os participantes recrutados a partir dos conhecimentos do investigador. Para participar no estudo, os participantes tinham que ter idade igual ou superior a 65. No Quadro 1 apresentam-se alguns dos dados sociodemográficos e psicossociais recolhidos na amostra em estudo.

Quadro 1 *Caraterização sociodemográfica e psicossocial da amostra em estudo (frequências e percentagens)*

Caraterística	Frequências	Percentagens
Sexo		
Masculino	53	43.1
Feminino	70	56.9
Meio ecológico		
Urbano	64	52.0
Rural	59	48.0
Estado Civil		
Solteiro (a)	4	3.3
Casado (a)	83	67.5
Viúvo (a)	28	22.8
Divorciado (a)	8	6.5
Escolaridade		
Ausência de escolaridade	4	3.3
Básico incompleto	27	22.0
Básico completo	57	46.3
Secundário incompleto	11	8.9
Secundário completo	14	11.4
Curso médio	5	4.1
Curso superior	4	3.3
Situação económica atual		
Nada satisfatória	3	2.4
Pouco satisfatória	42	34.1
Satisfatória	71	57.7
Muito satisfatória	5	4.1
Relações familiares		
Nada satisfatórias	0	0
Pouco satisfatória	4	3.3
Satisfatória	70	56.9
Muito satisfatória	46	37.4

(Continuação)

Quadro 1 (Continuação)

Caraterística	Frequências	Percentagens
Relações de amizade		
Nada satisfatória	2	1.6
Pouco satisfatória	9	7.3
Satisfatória	74	60.2
Muito satisfatória	36	29.3
Estado de saúde atual		
Doença	44	35.8
Ausência de doença	75	61.0

Nota: N = 123

7.2 Instrumentos

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, desenvolvido para a presente investigação; Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), originalmente desenvolvida pela OMS (1998; 2001), traduzida e adaptada em Portugal por Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, e Carona (2007); Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24), originalmente desenvolvido por Laidlaw, Power, e Schmidt (2007), na versão portuguesa desenvolvida por Silva, Lima, e Machado (2013) e Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (SBQ-R), desenvolvido por Osman et al. (2001), na versão portuguesa de Campos, Rebelo, e Abreu (2011).

7.2.1 Questionário Sociodemográfico

Com o objetivo de sistematizar a informação sociodemográfica e psicossocial dos participantes foi administrado um questionário sociodemográfico (Ver Anexo I). Através deste questionário foi possível recolher informações relativamente à idade dos participantes, ao género, à zona de residência, à escolaridade, à profissão, ao estado civil, à situação familiar e interpessoal, à situação económica e ocupacional, às crenças religiosas, à perceção do estado de saúde, à perceção sobre a morte bem como sobre a existência de tentativas de suicídio.

7.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) destina-se à avaliação da qualidade de vida e foi desenvolvido com base na definição proposta pela

Organização Mundial de Saúde. Com efeito, a qualidade de vida é concebida como um constructo subjetivo e multidimensional, constituído por dimensões positivas e negativas (OMS, 1998, citado por Zagher, Pierezan, & Claudino, 2009). Neste sentido, o WHOQOL apresenta-se como uma medida geral e multidimensional da qualidade de vida, podendo ser administrada em qualquer tipo de populações.

O WHOQOL-BREF, que foi aplicado na presente investigação, é uma versão reduzida e menos complexa, possibilitando uma rápida aplicação. Surge como resposta à necessidade de existir um instrumento que avalie a qualidade de vida com base numa visão holística da saúde e adotando uma perspetiva transcultural (Fleck et al., 2000). Destinado à avaliação subjetiva da qualidade de vida, foi desenvolvido para ser utilizado em formato de autorrelato, no entanto, quando este não é possível, pode ser aplicado recorrendo a outras metodologias. As respostas ao questionário são obtidas através de escalas de tipo *Likert*, em que, relativamente a cada afirmação, o participante deve indicar a sua concordância ou discordância numa escala ordinal de intensidade, pontuada de 1 a 5. Os resultados nos vários domínios representam a perceção individual da qualidade de vida em cada um dos domínios sendo que as pontuações mais elevadas caracterizam uma melhor qualidade de vida.

Na sua versão portuguesa é um questionário de autorrelato constituído por 26 itens, organizados em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Canavarro et al., 2007). Inclui ainda um indicador global (Faceta Geral de Qualidade de Vida). Os resultados devem ser analisados separadamente nos quatro domínios visto que não existe uma pontuação total do instrumento. As informações relativas a qualidade de vida, no geral, são alcançadas mediante os resultados da faceta geral que traduz a qualidade de vida em geral bem como a perceção do estado de saúde (Canavarro et al., 2007).

O instrumento (WHOQOL-Bref) apresenta valores de consistência interna aceitáveis nos quatro domínios. Na sua versão original, foram obtidos alfas de Cronbach entre 0.66 (Domínio das relações sociais) e 0.84 (Domínio físico) (Canavarro et al., 2007). No que diz respeito a consistência interna, na amostra estudada, o instrumento apresentou coeficientes de alfa de Cronbach de .865 (Domínio físico), .840 (Domínio psicológico), .660 (Domínio das relações sociais), .818 (Domínio ambiente) e .541 (Faceta geral).

7.2.3 Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24)

A investigação acerca das atitudes face ao envelhecimento tem-se baseado em questionar jovens e não idosos (Laidlaw, Power, & Schmidt, 2007), o que pode originar um enviesamento nas explicações daí decorrentes, uma vez que os únicos que terão um

conhecimento mais íntimo da adaptação ao processo de envelhecimento são os adultos mais velhos. Foi nesta ótica e com o propósito de criar uma medida mais subjetiva e com boas capacidades psicométricas, que o grupo WHOQOL-OLD, em 2007, concebeu um questionário, tendo por base as atitudes expressas pelos idosos relativamente ao processo de envelhecimento, o Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). Este questionário, na adaptação para a língua portuguesa, foi chamado como Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento. É um instrumento de autorrelato, que visa apreender uma avaliação mais realista das atitudes face a esta etapa da vida (Laidlaw, Power, & Schmidt, 2007). O AAQ foi aplicado em amostras de diferentes cidades do mundo, assegurando uma validade transcultural e pouco risco de enviesamento cultural (Chachamovich, Fleck, Trentini, Laidlaw, & Power, 2008).

Na sua versão reduzida, o AAQ-24, é composto por 24 itens formulados de duas formas, uns do ponto de vista geral e outros pessoais, uns positivos e outros formulados na negativa. Os itens de 1 a 7 correspondem à parte dita geral do questionário onde é solicitado aos participantes que respondam ao quanto concordam com as afirmações tomando em consideração as pessoas idosas em geral, os restantes itens, de 8 a 24, correspondem à parte mais pessoal do questionário, onde é solicitado aos participantes que indiquem o grau de veracidade das afirmações relativamente a si próprios. As respostas em ambas as partes são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, escala essa que apresenta uma pequena diferença entre a parte dita geral e a mais pessoal. Na parte geral a resposta varia entre o “discordo totalmente (1)” e o “concordo totalmente (5)”, relativamente a parte pessoal a escala varia entre “nada verdadeiro (1)” e “extremamente verdadeiro (5)” (Teixeira, 2009).

O questionário contém três escalas com 8 itens cada: 1) Perdas Psicossociais, formulando a idade avançada como uma experiência negativa, composta por itens que apelam à reflexão sobre perdas significativas na vida do idoso; 2) Mudanças Físicas, composta por itens relativos a saúde, exercício e experiência de envelhecer; 3) Desenvolvimento Psicológico, composta por itens que focam aspetos positivos do envelhecimento, refletindo ganhos positivos face a si e aos outros (Teixeira, 2009). Cada uma destas subescalas pode ser cotada de forma independente, obtendo-se pois uma pontuação total para cada uma delas. De notar que na subescala Perdas Psicossociais os itens estão invertidos, pelo que quanto mais elevada for a pontuação, mais negativa é a perceção da velhice neste domínio, enquanto nas restantes escalas, quanto mais elevada for a pontuação, mais positiva é a avaliação da velhice. Contudo, para facilitar a interpretação dos resultados, optou-se, no presente estudo, por transformar a subescala Perdas Psicossociais de modo a que pontuações mais elevadas

fossem no sentido da experiência pessoal de menos perdas psicossociais, uniformizando portanto a leitura dos resultados das três subescalas que compõem o questionário, sendo então que valores elevados significam sempre uma atitude mais positiva face ao envelhecimento.

O questionário (AAQ-24), na amostra deste estudo, apresentou bons valores de consistência interna nas diferentes subescalas. Foram obtidos valores de alfa de Cronbach de .807 (Perdas Pessoais), .768 (Mudanças Físicas), .758 (Desenvolvimento Psicológico) e .855 (Escala Total). Estes resultados revelam que, na amostra estudada, o AAQ-24 apresenta boas propriedades psicométricas enquanto medida das atitudes face ao envelhecimento nos domínios pessoal, físico e psicológico.

7.2.4 Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (SBQ-R)

Na sua versão original trata-se de um questionário de autorrelato composto por 34 itens com o objetivo de avaliar a frequência e a severidade de comportamentos suicidários bem como a história anterior de tentativas de suicídio. Posteriormente surgiu uma nova versão, o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (SBQ-R; Osman et. al., 2001), versão reduzida composta por 4 questões, destinada a adolescentes e adultos de populações clínicas e não clínicas. As propriedades psicométricas deste instrumento são adequadas (Osman et al., 2001).

A versão portuguesa de Campos, Rebelo, e Abreu (2011), utilizada no presente estudo, é igualmente de autorrelato e permite avaliar pensamentos e comportamentos suicidas. O sujeito é solicitado para responder a quatro itens, tendo cada item diferentes opções de resposta, e sendo necessário escolher apenas uma delas. Os quatro itens dizem respeito, respetivamente, à presença de ideação/tentativa de suicídio, de ideação suicida recente, de intenção suicida e de probabilidade futura de cometer suicídio (Osman et al., 2001). O resultado pode variar entre 3 e 18 pontos. No presente estudo, trabalhou-se igualmente com as respostas ao item 1, na sua dicotomização da inexistência de ideação suicida ou da existência dessa ideação, o que possibilita a organização de dois grupos, de acordo com as indicações do autor (Osman et al., 2001).

O questionário (SBQ-R), na amostra deste estudo, apresentou um alfa de Cronbach de .763, demonstrando desta forma um valor de consistência interna adequado aos propósitos da investigação.

7.3 Procedimento

O presente estudo fez parte de uma investigação mais lata, onde outras dimensões foram exploradas. Os dados foram recolhidos entre Setembro de 2014 e Julho de 2015. Tratou-se de uma amostra de conveniência, recolhida no contexto dos conhecimentos dos investigadores, composta por participantes da população geral, com idade igual ou superior a 65 anos. Os participantes residiam em áreas urbanas e rurais de diferentes áreas geográficas de Portugal continental e da região autónoma da Madeira e a sua cooperação no estudo foi totalmente informada e voluntária.

Todo o material afeto ao estudo foi entregue a cada participante num envelope que, no fim da participação, era selado e prontamente devolvido ao investigador. Previamente à aplicação dos questionários foi entregue a todos os participantes um documento referente ao consentimento informado (Ver anexo II), onde os participantes declaravam ter idade igual ou superior a 65 anos, era disponibilizada informação acerca da temática e propósito da investigação, da confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados, do tempo estimado para a resposta aos questionários, da possibilidade de abandonar o estudo em qualquer momento e da disponibilidade do investigador para esclarecer qualquer questão ou dúvida durante e após a participação.

Devido à idade dos participantes e sempre que necessário, foram lidas as instruções para o preenchimento de cada instrumento bem como as questões e alternativas de resposta, sendo por vezes necessário ser o investigador a registar as respostas devidamente indicadas pelo participante. Este procedimento deveu-se às características específicas dos participantes, nomeadamente a idade, os baixos níveis de instrução e a pouca familiaridade com o preenchimento de questionários. A aplicação dos questionários foi realizada em formato de papel, preenchido, de preferência, presencialmente, assegurando o esclarecimento oportuno de dúvidas relativas aos mesmos.

7.4 Procedimento Estatístico

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do *IBM Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21). Realizou-se análise descritiva, correlacional e estatística inferencial. Para verificar a normalidade da distribuição recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov e simultaneamente foram observados os níveis de assimetria e achatamento, bem como a representação gráfica dos resultados.

Foi utilizada a análise descritiva para caracterizar os dados psicossociais e sociodemográficos da amostra bem como os resultados referentes à aplicação dos três

instrumentos, para tal efetuou-se os cálculos da média e do desvio-padrão ou das frequências e percentagens, consoante as variáveis em causa. Com o objetivo de explorar a possível associação das três variáveis em estudo com os dados psicossociais e sociodemográficos dos participantes, recorreu-se a correlação bivariada, utilizando o coeficiente de Pearson e Spearman consoante o tipo de variáveis e a sua distribuição.

Para verificar se o risco de ideação suicida aumentava com a idade recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que não foram assegurados os pressupostos da normalidade. O mesmo procedimento estatístico foi utilizado para analisar as possíveis diferenças entre casados e viúvos relativamente a qualidade de vida. Para verificar possíveis diferenças nas atitudes face ao envelhecimento dos participantes tendo em conta o género utilizou-se um teste de comparação de média (t-Student), dado que as variáveis apresentavam uma distribuição normal. Na análise do risco de ideação tendo em conta o estado de saúde recorreu-se ao teste de qui-quadrado uma vez que as duas variáveis eram dicotómicas.

Por fim, para averiguar a associação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento utilizou-se o coeficiente de Pearson, e na análise destas variáveis tendo em conta o risco de ideação suicida, recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

8.Resultados

Neste capítulo, são apresentados e caracterizados os resultados obtidos relativamente ao risco de ideação suicida, à qualidade de vida, às atitudes face ao envelhecimento da amostra em estudo, bem como à relação entre o risco de ideação suicida, a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento. Os resultados apresentados pretendem dar resposta aos objetivos e respetivas hipóteses, delineados no presente estudo.

8.1 Análise da ideação suicida

Nesta secção é realizada a caracterização do risco de ideação suicida na amostra de adultos mais velhos e, posteriormente, à análise do risco de ideação em função das variáveis sociodemográficas e psicossociais (género, idade, estado de saúde atual, situação económica, qualidade das relações familiares e de amizade).

8.1.1 Caraterização da ideação suicida da amostra

É apresentado no quadro 2 o risco de ideação suicida, na amostra em estudo, consoante a presença ou ausência de risco, a partir das respostas ao item 1 do SBQ-R., segundo as indicações do autor, como foi referido anteriormente.

Quadro 2

Caraterização da ideação suicida na amostra de adultos mais velhos

Risco de ideação suicida	Frequência	Percentagem
Com risco	30	24.4
Sem risco	90	73.2

Nota: N = 120.

No quadro 3 é apresentado mais um resultado relativo ao Questionário de Comportamentos Suicidários – Revisto (SBQ-R). Este resultado é o total do questionário e revela a frequência e a severidade dos comportamentos suicidários bem como a história anterior de tentativas de suicídio.

Quadro 3

Estatística descritiva dos resultados do SBQ-R

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Total SBQ-R	120	3	17	4.34	2.27

Nota: SBQ-R= *The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised*

8.1.2 Análise da ideação suicida da amostra em função do género e da idade

Verifica-se que na amostra estudada (ver quadro 2) 24,4% dos indivíduos apresentam risco de ideação suicida. A observação do género destes participantes mostra que 50% são homens (15) e 50% são mulheres.

De modo a explorar as diferenças de resultados do risco de ideação suicida, tendo em conta a idade, recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, dado que os pressupostos da normalidade não se verificaram.

Relativamente ao risco de ideação suicida e a idade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Os idosos em risco ($Mdn = 73$) não diferem significativamente dos idosos sem risco ($Mdn = 73$) em relação à idade, $U = 1260.0$, $z = -.547$, $p = .585$.

8.1.3 Análise da ideação suicida da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica e a qualidade das relações familiares/amizade

Com o propósito de analisar a associação entre o risco de ideação suicida e a situação económica, qualidade das relações familiares/amizade recorreu-se à análise correlacional bivariada. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, os resultados apresentam-se, de seguida, no Quadro 4.

Quadro 4

Análise da ideação suicida em função do estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o nível de escolaridade.

	Situação Económica	Relações Familiares (Qualidade)	Relações de amizade (Qualidade)
Risco de Ideação Suicida	-.198*	-.299**	-.200*

*Nota: **p< .01, two-tailed. *p< .05, two-tailed.*

Com o objetivo de analisar o risco de ideação suicida tendo em conta o estado de saúde, recorreu-se ao teste do qui-quadrado dado que estamos perante duas variáveis dicotómicas. Os resultados demonstram que os grupos (risco vs não risco) não são homogéneos relativamente a saúde, existindo uma associação significativa entre a saúde e o risco de ideação suicida $X^2(1) = 13.73$, $p < .001$. Com efeito, no grupo com ideação suicida, 65.5% considera-se doente, enquanto no grupo sem ideação suicida apenas 27.3% se considera doente.

8.2 Análise da qualidade de vida

Nesta secção será realizada, num primeiro momento, a caracterização da qualidade de vida na amostra de adultos mais velhos e, posteriormente, a análise da qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e psicossociais (idade, estado de saúde atual, situação económica, qualidade das relações familiares e de amizade e o estado civil).

8.2.1 Caracterização da qualidade de vida da amostra

No quadro 5 são apresentados os resultados obtidos nos três domínios do WHOQOL-BREF – Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente e também relativamente à Faceta Geral.

Quadro 5

Resultados descritivos do WHOQOL-Bref

Domínios	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Físico	115	2	5	3.54	.756
Psicológico	120	2	5	3.67	.671
Relações Sociais	113	2	5	3.66	.635
Ambiente	118	2	5	3.40	.586
Geral	123	2	5	3.45	.677

Nota: WHOQOL-Bref = Avaliação da qualidade de vida

8.2.2 Análise da qualidade de vida em função da idade

Para a análise da associação entre a qualidade de vida e a idade, realizou-se o cálculo da correlação de Spearman entre os domínios da qualidade de vida e a idade. Os resultados obtidos no que diz respeito à associação entre essas variáveis encontram-se descritos no quadro 6.

Quadro 6

Análise da qualidade de vida em função da idade

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínios Relações Sociais	Domínio Ambiente	Faceta geral
Idade	-.222*	-.092	-.116	-.062	-.155

*Nota: **p< .01, two-tailed. *p< .05, two-tailed.*

8.2.3 Análise da qualidade de vida da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o estado civil.

Com o propósito de analisar a associação entre a qualidade de vida e o estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade recorreu-se à análise correlacional bivariada. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e Spearman, consoante o tipo de variáveis em análise. Os coeficientes de correlação apresentam-se, de seguida, no Quadro 7.

Quadro 7

Análise da qualidade de vida em função do estado atual de saúde, situação económica, qualidade das relações familiares/amizade e o nível de escolaridade.

Domínios	Estado atual de Saúde	Situação Económica	Relações Famíliares (Qualidade)	Relações de amizade (Qualidade)
Físico	-.441**	.401**	.262**	.165
Psicológico	-.284**	.268**	.396**	.388**
Relações Sociais	-.169	.305**	.400**	.526**
Ambiente	-.185*	.514**	.313**	.249**
Faceta Geral	-.378**	.353**	.216*	.156

*Nota: **p< .01, two-tailed. *p< .05, two-tailed.*

De modo a explorar as diferenças de resultados da qualidade de vida, tendo em conta o estado civil (casado vs. viúvo), recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney, dado que os pressupostos da normalidade não se verificaram.

No que diz respeito ao domínio físico e o estado civil (casado vs. viúvo), não se verifica uma diferença estatisticamente significativa. Os idosos casados ($Mdn = 3.71$) não diferem significativamente dos idosos viúvos ($Mdn = 3.21$), $U = 806.0$, $z = -1.46$, $p = .143$. Relativamente aos restantes domínios e também na faceta geral os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas. Concretamente no domínio psicológico, os idosos casados ($Mdn = 3.83$) apresentam valores mais elevados do que os idosos viúvos ($Mdn = 3.25$), $U = 738.50$, $z = -2.36$, $p = .018$. No domínio relações sociais, os idosos casados ($Mdn = 3.67$) apresentam valores mais elevados do que os idosos viúvos ($Mdn = 3.33$), $U = 585.50$, $z = -2.44$, $p = .015$. No domínio do ambiente, os idosos casados ($Mdn = 3.63$) apresentam valores mais elevados do que os idosos viúvos ($Mdn = 3.13$), $U = 705.50$, $z = -2.29$, $p = .022$. Por fim, também na faceta geral, os idosos casados ($Mdn = 3.50$) apresentam valores mais elevados do que os idosos viúvos ($Mdn = 3.00$), $U = 815.0$, $z = -2.44$, $p = .015$.

8.3 Análise das atitudes face ao envelhecimento

Na sequência das anteriores, nesta secção procede-se primeiramente à caracterização das atitudes face ao envelhecimento na amostra de adultos mais velhos e, de seguida, à análise das atitudes face ao envelhecimento em função das variáveis sociodemográficas e psicossociais (género, estado de saúde atual, situação económica, qualidade das relações familiares e de amizade, escolaridade).

8.3.1 Caracterização das atitudes face ao envelhecimento da amostra

De forma a caracterizar as atitudes face ao envelhecimento da amostra procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no valor total do AAQ-24 bem como nas 3 subescalas que o compõem – Perdas Psicossociais, Mudança Física e Crescimento Psicológico. No quadro 8 apresentam-se os resultados obtidos.

Quadro 8

Estatística descritiva dos resultados do AAQ-24

Subescala	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Perdas Psicossociais	115	14	40	25.70	5.62
Mudança Física	113	16	37	27.12	4.87
Crescimento Psicológico	114	13	38	28.21	4.63
Total AAQ	113	53	113	80.99	11.57

Nota: AAQ-24 = Attitudes to Ageing Questionnaire

8.3.2 Análise das atitudes face ao envelhecimento em função do género

Com o objetivo de analisar as atitudes face ao envelhecimento em função do género, recorreu-se ao teste paramétrico de diferença de médias t-Student (após verificados os pressupostos de normalidade).

A aplicação do teste t de Student para as Perdas Psicossociais, Mudança Física, Crescimento Psicológico e o resultado total do AAQ não mostrou diferenças significativas entre os sexos. Em média, as perdas psicossociais foram tendencialmente maiores para os homens ($M = 26.46$, $DP = 5.61$) do que para as mulheres ($M = 25.11$, $DP = 5.59$). Esta diferença não foi significativa $t(113) = -1.28$, $p > 0,05$. As mudanças físicas, em média, foram tendencialmente maiores nas mulheres ($M = 27.30$, $DP = 4.58$) do que nos homens ($M = 26.90$, $DP = 5.27$). Esta diferença não foi significativa $t(111) = .430$, $p > 0,05$. O crescimento psicológico foi, em média, tendencialmente superior nas mulheres ($M = 28.45$, $DP = 4.94$) do que nos homens ($M = 27.90$, $DP = 4.40$). Esta diferença não foi significativa $t(112) = .631$, $p > 0,05$. Por fim o valor total de AAQ foi, em média, tendencialmente superior nos homens ($M = 81.37$, $DP = 12.47$) do que nas mulheres ($M = 80.70$, $DP = 10.92$). Esta diferença não foi significativa $t(111) = -.301$, $p > 0,05$.

8.3.3 Análise das atitudes face ao envelhecimento da amostra atendendo ao estado atual de saúde, situação económica e qualidade das relações familiares/amizade

Com o propósito de analisar a associação entre a qualidade de vida e o estado atual de saúde, situação económica e a qualidade das relações familiares/amizade recorreu-se à análise correlacional bivariada. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e Spearman, consoante o tipo de variáveis em análise. Os coeficientes correlacionais apresentam-se, de seguida, no Quadro 9.

Quadro 9

Análise das atitudes face ao envelhecimento em função do estado atual de saúde, situação económica e a qualidade das relações familiares/amizade.

Subescala	Estado atual de Saúde	Situação Económica	Relações Familiares (Qualidade)	Relações de amizade (Qualidade)
Perdas Psicossociais	-.352**	.079	.068	.162
Mudança Física	-.387**	.343**	.163	.141

(Continuação)

Quadro 9 (Continuação)

Subescala	Estado atual de Saúde	Situação Económica	Relações Famíliares (Qualidade)	Relações de amizade (Qualidade)
Crescimento Psicológico	-.191*	.307**	.088	.150
Total AAQ	-.409**	.305**	.115	.190*

Nota: ** $p < .01$, two-tailed. * $p < .05$, two-tailed.

8.4 Análise da relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento com o risco de ideação suicida

Inicialmente procede-se à análise da associação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento, de seguida, à análise da associação entre a qualidade de vida e o risco de ideação suicida e, por fim, à análise da associação entre as atitudes face ao envelhecimento e o risco de ideação suicida.

8.4.1 Análise da relação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento

Com a intenção de analisar a associação entre a qualidade de vida, expressa na faceta geral, e as atitudes face ao envelhecimento, expressas no total AAQ, realizou-se o cálculo da correlação de Pearson, dado que as duas variáveis em estudo apresentam uma distribuição normal.

A qualidade de vida encontra-se correlacionada significativamente com as atitudes face ao envelhecimento ($r = .39$, $p < .01$).

8.4.2 Comparar a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o risco ideação suicida

De modo a explorar as diferenças de resultados da qualidade de vida e das atitudes face ao envelhecimento, tendo em conta a ideação suicida (risco vs. não risco), recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

No que diz respeito à qualidade de vida e ao risco de ideação suicida, os resultados em todos os domínios apontam para diferenças estatisticamente significativas. Concretamente, no domínio físico os indivíduos sem risco ($Mdn = 3.86$) revelam níveis mais elevados de qualidade de vida do que os indivíduos em risco ($Mdn = 3.14$), $U = 600.50$, $z = -4.20$, $p = .000$. Relativamente ao domínio psicológico os indivíduos sem risco ($Mdn = 4.00$) revelam níveis mais elevados de qualidade de vida do que os indivíduos em risco ($Mdn = 3.00$), $U = 495.50$, $z = -4.81$, $p = .000$. No domínio relações sociais os indivíduos sem risco ($Mdn = 4.00$)

revelam níveis mais elevados de qualidade de vida do que os indivíduos em risco ($Mdn = 3.33$), $U = 690.0$, $z = -3.27$, $p = .001$. Também no domínio do ambiente os indivíduos sem risco ($Mdn = 3.69$) revelam níveis mais elevados de qualidade de vida do que os indivíduos em risco ($Mdn = 3.13$), $U = 696.0$, $z = -3.56$, $p = .000$. Por fim, na faceta geral, os resultados são do mesmo teor, assim, os indivíduos sem risco ($Mdn = 3.50$) revelam níveis mais elevados de qualidade de vida do que os indivíduos em risco ($Mdn = 3.00$), $U = 850.0$, $z = -3.12$, $p = .002$.

Relativamente às atitudes face ao envelhecimento e ao risco de ideação suicida, os resultados apontam também para diferenças estatisticamente significativas, exceto na subescala Perdas Psicossociais, nesta subescala não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Os indivíduos com risco ($Mdn = 23.50$) não diferem significativamente dos indivíduos sem risco ($Mdn = 26.00$) em relação às atitudes face ao envelhecimento, $U = 948.0$, $z = -1.69$, $p = .091$. Nas restantes subescalas verificou-se resultados estatisticamente significativos, na subescala do Crescimento Psicológico os indivíduos sem risco ($Mdn = 29.50$) revelam atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que os indivíduos em risco ($Mdn = 26.00$), $U = 695.50$, $z = -3.30$, $p = .001$. Na subescala Mudanças Físicas os indivíduos sem risco ($Mdn = 28.50$) revelam atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que os indivíduos em risco ($Mdn = 24.50$), $U = 647.50$, $z = -3.56$, $p = .000$. Por fim, no total AAQ os resultados foram no mesmo sentido, os indivíduos sem risco ($Mdn = 82.50$) revelam atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que os indivíduos em risco ($Mdn = 72.50$), $U = 672.0$, $z = -3.39$, $p = .001$.

9. Discussão dos Resultados

No presente capítulo é realizada a discussão dos resultados da presente investigação, tendo em conta os objetivos e hipóteses anteriormente mencionados. Numa tentativa de organização e para facilitar a leitura dos mesmos, a sequência seguirá a ordem dos objetivos e hipóteses bem como da análise dos dados.

9.1 Comparar o risco de ideação suicida tendo em conta o género e a idade

A análise do risco de ideação suicida, tendo em conta o género (homem vs. mulher), não revelou diferenças estatisticamente significativas no total da amostra. Neste sentido, os resultados vão contra a literatura que associa o sexo masculino a um maior risco de suicídio (Franks, Burnett & Evans, 2012). Na sequência destes resultados a hipótese 1 não é confirmada. Admite-se que, com o aumento da idade, nos adultos mais velhos, a ocorrência

desta ideação seja mais homogênea nos dois géneros, provavelmente associada à experiência comum de perdas vividas com o processo de envelhecimento no curso da velhice, o que não contradiz que o suicídio consumado seja mais elevado nos homens do que nas mulheres.

Relativamente a análise do risco de ideação suicida, tendo em conta a idade, os resultados não revelaram diferenças significativas. Estes resultados vão contra a literatura que refere o aumento da idade como um fator de risco para o suicídio (Kraemer et al., 1997). No entanto, há que ter em conta que não se está a trabalhar com uma amostra que inclua adultos de todos os grupos etários, mas sim de adultos uniformemente mais velhos, embora com diversidade de idades. Neste sentido a hipótese 2 não se confirma.

9.2 Correlação entre o risco ideação de suicida e as variáveis sociodemográficas e psicossociais

Relativamente à análise da associação entre o risco de ideação suicida e a variável estado de saúde atual, surgem resultados estatisticamente significativos. Deste modo, os indivíduos da amostra que revelaram estarem atualmente doentes apresentaram um maior risco de ideação suicida. Estes resultados parecem confirmar os dados encontrados na literatura científica que afirma que 70% dos indivíduos idosos que se suicidaram revelavam algum tipo de doença na altura da morte (Dorpat, Anderson, & Ripley, 1968). Ainda segundo a literatura, a ideação suicida está associada, nos idosos, à má saúde e prejuízo funcional (Alexopoulos, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuuma, 1999). Deste modo, e tendo em conta a literatura, podemos conceber a saúde física como um dos principais fatores de risco para a ideação suicida (Conwell et al., 2002). Na sequência do que foi descrito, a hipótese 3 confirma-se.

No que diz respeito à análise do risco de ideação suicida e a variável da satisfação com a situação económica atual surgem resultados estatisticamente significativos. Quanto maior for a satisfação com a situação económica menor será o risco de ideação suicida. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de uma situação económica favorável permitir um acesso mais facilitado aos apoios, bem como usufruir de outras atividades capazes de gerar bem-estar, protegendo do risco de suicídio. Nesta sequência, a hipótese 4 parece ser confirmada.

Por fim, quanto à análise do risco de ideação suicida e a variável da qualidade das relações interpessoais, surgem de novo, resultados estatisticamente significativos. Os resultados demonstram que tanto a qualidade das relações de amizade como, essencialmente, as familiares se associam, negativamente e significativamente, com o risco de ideação

suicida. Os resultados demonstram que quanto mais satisfeitos os indivíduos estiverem com a qualidade dos seus relacionamentos menor será o risco de ideação suicida. Os resultados obtidos, neste estudo, parecem confirmar a ideia de que os relacionamentos nesta fase da vida constituem um suporte essencial na proteção do risco de suicídio nos idosos, as relações permitem um elo de ligação com a vida, protegendo os idosos de sentimentos capazes de causar desequilíbrio (Krüger & Werlang, 2010). Ainda neste sentido, a baixa interação social é referida como um dos preditores do suicídio nos idosos (Conwell, Olsen, Caine, & Flannery, 1991), isto porque a falta de contacto social gera solidão e isolamento, fatores tidos como de risco para o suicídio nesta faixa etária (Barraclough, 1971). Nos resultados alcançados, ainda que ambos significativos, a família apresenta valores mais elevados o que parece ser consistente com a literatura que refere a importância da família. A falta de apoio familiar é tida como um fator preditivo do suicídio nos adultos mais velhos (American Association of Suicidology citado por Silva et al., 2015). Em suma, podemos afirmar que as relações percebidas como sendo de qualidade permitem ao idoso não se sentir desadequado no meio, prevenindo o desenvolvimento de ideias suicidas (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009). De acordo com o que anteriormente foi referido estes resultados permitem confirmar a hipótese 5 do presente estudo.

9.3 Comparar a qualidade de vida tendo em conta a idade

Os resultados obtidos mostraram que o domínio físico se encontra negativamente associado com a idade. Isto significa que o aumento da idade parece ter influência na qualidade de vida dos indivíduos da amostra, no domínio Físico. Estes resultados fazem sentido na medida em que o envelhecimento vive-se primeiramente no corpo, pelo que com a idade e o envelhecimento surgem transformações e sequentes limitações, sendo esta uma possível explicação para a associação encontrada. Estes resultados permitem confirmar parcialmente a hipótese 6 do presente estudo.

9.4 Correlação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e psicossociais

A análise da associação entre os domínios da qualidade de vida e a variável estado de saúde atual revelou resultados estatisticamente significativos menos no domínio Relações Sociais. A associação estatisticamente significativa encontrada entre o estado de saúde atual e a qualidade de vida percebida corrobora a ideia encontrada no estudo de Marques, Sánchez, e Vicario (2014). Neste estudo os idosos referiram que ter qualidade de vida é, entre outras coisas, ter saúde. Esta associação é ainda clara num outro estudo de Rodrigues et al. (2014)

que conclui que a percepção do estado de saúde é determinante para a qualidade de vida. Podendo concluir-se desta forma que a saúde é claramente identificada como uma variável importante na determinação da qualidade de vida nos indivíduos idosos, seja pela sua expressão, nesta altura da vida, ou simplesmente pelas limitações que introduz na vida diária dos mais velhos. Os resultados alcançados permitem que a hipótese 7 seja confirmada.

A análise da associação entre os domínios da qualidade de vida e a variável da satisfação com a situação económica atual revelou resultados estatisticamente significativos. Isto indica que quanto maior a satisfação com a situação económica, melhor será a qualidade de vida percebida. Os resultados encontrados demonstram que os recursos económicos possibilitam uma vivência da velhice com maior qualidade de vida percebida. De facto, os idosos que possuem maiores rendimentos reportam mais qualidade de vida, provavelmente porque estes recursos lhes permitem o acesso a diferentes atividades que proporcionam bem-estar. Possuir recursos financeiros assegura ainda a satisfação das necessidades básicas, que não sendo satisfeitas levam os indivíduos a confrontarem-se com o desespero, angústia e a tristeza, resultando numa diminuição da qualidade de vida percebida (Guerrero, 2005). Por fim, referir o impacto positivo dos recursos económicos na medicação, necessária ao bem-estar dos idosos, podendo esta realidade também explicar a associação encontrada. Estes resultados permitem confirmar a hipótese 8.

Quanto à análise da associação entre os domínios da qualidade de vida e a variável qualidade dos relacionamentos de amizade e familiares, os resultados mostraram que a qualidade das relações familiares se associa, positiva e significativamente, com a faceta geral, pelo contrário, a qualidade dos relacionamentos de amizade não apresenta uma associação significativa. Neste sentido quanto mais satisfeitos os indivíduos estão com a qualidade dos seus relacionamentos familiares mais qualidade de vida percebem ter. Estes resultados, e considerando as relações familiares como sendo relações sociais, são concordantes com a literatura que apresenta as relações sociais como sendo uma condição crucial para a qualidade de vida dos idosos (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Cabral, 2013). Os resultados vão também ao encontro da literatura que refere a família como capaz de aliviar os efeitos negativos decorrentes do processo de envelhecimento (Beeston, 2006, citado por Minayo & Cavalcante, 2015), contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida percebida nesta fase de vida. O mundo das relações sociais apresenta-se, desta forma, como importante na vivência da velhice, influenciando a forma como os indivíduos participam na sociedade, as ligações e vínculos sociais que desenvolvem e consequentemente a qualidade de vida que

sentem (Pichler & Wallace, 2007). Os resultados permitem confirmar parcialmente a hipótese 9.

Relativamente a análise da qualidade de vida, tendo em conta o estado civil (Casados vs Viúvos), os resultados revelaram diferenças significativas exceto no domínio físico. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que demonstram que os idosos casados apresentam níveis mais elevados de bem-estar quando comparados com os viúvos, essencialmente por estarem acompanhados, evitando sentimentos de solidão (Sequeira & Silva, 2002). Neste sentido confirma-se a hipótese 10 do presente estudo.

9.5 Comparar as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o género

Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face ao envelhecimento em função do género dos participantes. Os resultados obtidos, no presente estudo, demonstram uma tendência para a homogeneidade nas atitudes face ao envelhecimento, ainda que considerando a subjetividade de cada idoso, o que os dados indicam é que, nesta amostra, as atitudes face ao envelhecimento parecem ser relativamente semelhantes, quer se seja homem ou mulher. Neste sentido, a hipótese 11 não se confirma.

9.6 Correlação entre as atitudes face ao envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais

A análise da associação entre as subescalas das atitudes face ao envelhecimento e a variável do estado de saúde atual revelou resultados estatisticamente significativos. Isto significa que o modo como os adultos mais velhos percecionam o seu estado de saúde atual influencia as suas atitudes face ao envelhecimento. Esta associação é concordante com a literatura, a saúde é referida como um preditor das atitudes face ao envelhecimento, uma vez que os idosos que percecionam a sua saúde como pior tendem a revelar atitudes face ao envelhecimento mais negativas (Sequeira & Silva, 2002), principalmente se esta for limitativa. Em sentido inverso, uma atitude negativa face ao envelhecimento contribui para comportamentos desadequados (Bennett & Eckman, 1973), que são prejudiciais a saúde enquanto uma atitude positiva face ao envelhecimento traz ganhos em saúde (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001). Assim os resultados apontam no sentido do esperado, a hipótese 12 é confirmada.

A análise da associação entre as subescalas das atitudes face ao envelhecimento e a variável da satisfação com a situação económica demonstra resultados estatisticamente

significativos. Isto indica que quanto maior a satisfação com a situação económica, mais positiva será a atitude face ao envelhecimento. Estes resultados vão de encontro aos resultados anteriormente descritos na literatura, nestes evidencia-se a influência dos fatores socioeconómicos nas atitudes face ao envelhecimento (Löckenhoff et al., 2009). Estes resultados revelam a importância dos idosos possuírem recursos financeiros adequados, que possibilitem uma vivência equilibrada da velhice. Estes resultados permitem confirmar a hipótese 13.

Em relação à associação entre as subescalas das atitudes face ao envelhecimento e a variável da qualidade dos relacionamentos de amizade e familiares, surgem resultados estatisticamente significativos apenas na associação do total AAQ com a qualidade das relações de amizade, traduzindo uma associação positiva. Deste modo, podemos afirmar que os indivíduos que estão satisfeitos com a qualidade dos seus contactos sociais revelam uma atitude mais positiva face ao envelhecimento. Estes resultados podem ser entendidos como o resultado da integração social que é uma consequência dos relacionamentos sociais, fomentando um sentimento de pertença, tornando o indivíduo, desta forma, mais ajustado à realidade do envelhecimento, originando uma atitude positiva face ao mesmo (Fisher & Shaffer, 1993, citado por Sequeira & Silva, 2002). As relações sociais apresentam-se assim como uma variável importante para uma atitude mais positiva face ao processo de envelhecimento. Nesta sequência, a hipótese 14 do estudo é confirmada.

9.7 Correlação entre a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento

No que diz respeito à análise da associação entre o constructo da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento, surgem resultados estatisticamente significativos. Quanto maior for a qualidade de vida percebida mais positivas serão as atitudes face ao envelhecimento. Este resultado faz sentido uma vez que o idoso que tenha uma vivência da velhice com qualidade e bem-estar será mais positivo face ao seu próprio envelhecimento, provavelmente adotando uma postura mais ativa. Não se pode excluir a possibilidade de que os idosos que demonstrem uma atitude mais positiva face ao envelhecimento foquem as virtudes ao invés da decadência e por isso percecionem uma qualidade de vida superior, aceitando as transformações consequentes ao seu envelhecimento. Assim, a hipótese 15 confirma-se.

9.8 Comparar a qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o risco de ideação suicida

Relativamente a análise da qualidade de vida, tendo em conta a ideação suicida (risco vs. não risco), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, quanto maior é a qualidade de vida percebida menor é o risco de ideação suicida. Este resultado vai de encontro ao esperado, uma vez que os estudos empíricos, neste âmbito, vão no mesmo sentido (Ponte, Almeida, & Fernandes, 2014). Assim, a hipótese 16 confirma-se.

Relativamente ao último objetivo, a análise das atitudes face ao envelhecimento considerando a ideação suicida (risco vs. não risco) voltou a revelar diferenças estatisticamente significativas exceto na subescala das Perdas Psicossociais. Tal resultado poderá ser entendido no sentido que a tomada de consciência da quantidade de perdas psicossociais sofridas não é em si conducente a ideação suicida pois será o significado que lhe é atribuído, e por isso a sua interpretação, que pode conduzir à patologia. Nas restantes subescalas os resultados demonstram que quanto melhor for a atitude face ao envelhecimento menor será o risco de ideação suicida. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos idosos com melhores atitudes face ao envelhecimento serem também aqueles que mais frequentemente adotam comportamentos de saúde (Levy & Myers, 2004), protetores do risco de suicídio. Uma atitude positiva face ao envelhecimento é também sinónimo de uma vivência adaptada e equilibrada desta fase da vida dos adultos mais velhos. Estes, adaptados, acrescentam vida aos anos e correm um menor risco de tirarem anos à vida. Neste sentido a hipótese 17 confirma-se.

10. Conclusão

O envelhecimento da população implica delinear medidas e estratégias com vista a possibilitar uma vivência positiva por parte dos indivíduos que envelhecem. No passado, visto como negativo e decadente, o envelhecimento é hoje tido como uma etapa de vida com potencialidades, desde que seja possível aos indivíduos fazer frente às vicissitudes inerentes ao passar dos anos. A forma como o indivíduo se posiciona face ao envelhecimento é crucial na vivência equilibrada desta etapa de vida, protegendo-o de comportamentos desadaptados, como são exemplo os comportamentos suicidários. Viver a velhice com qualidade está dependente de diferentes domínios da vida do sujeito bem como da sua atitude face ao próprio processo de envelhecimento, foi neste sentido que o presente estudo demonstrou que as atitudes face ao envelhecimento e a qualidade de vida percebida são constructos importantes na explicação dos comportamentos suicidários.

O crescente número de suicídios junto da população idosa resultará da excessiva vulnerabilidade destes indivíduos face ao seu envelhecimento. Esta realidade pode associar-se a uma falência do processo de adaptação requerido a estes indivíduos. É neste sentido que as atitudes face ao envelhecimento e a qualidade de vida assumem extrema importância, visto que as mudanças experienciadas no decurso do envelhecimento poderão ser atenuadas ou potenciadas por uma atitude mais positiva face ao mesmo, bem como por uma maior qualidade de vida percebida.

Os resultados do presente estudo demonstram o papel protetor das atitudes face ao envelhecimento e da qualidade de vida perante comportamentos suicidários. De forma concreta, os resultados revelaram que uma maior qualidade de vida percebida associa-se a um menor risco de ideação suicida. Relativamente às atitudes face ao envelhecimento, os resultados demonstram também que atitudes mais positivas associam-se a menor risco de ideação suicida. Os resultados revelam ainda uma associação entre as atitudes face ao envelhecimento e a qualidade de vida percebida.

Especificamente, os resultados referentes à qualidade de vida revelam que é o domínio físico que mais contribui para uma menor qualidade de vida percebida, demonstrando que é no corpo que primeiramente se sente o envelhecimento, possivelmente em consequência de transformações que são limitativas para o sujeito. Os indivíduos revelaram que ter saúde, estar satisfeito com a situação económica e com a qualidade dos relacionamentos familiares são essenciais numa melhor qualidade de vida percebida. O estudo do estado civil demonstrou que os casados apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida quando comparados com os viúvos, demonstrando a importância da solidão nos comportamentos desadaptados.

Relativamente às atitudes face ao envelhecimento, os resultados permitem concluir que existe, nesta amostra de idosos, uma homogeneidade entre homens e mulheres. Ter saúde e estar satisfeito com a situação económica associa-se a uma atitude mais positiva face ao envelhecimento. Os relacionamentos sociais surgem como significativos, revelando que a satisfação com a qualidade dos contactos sociais associa-se a uma atitude mais positiva face ao envelhecimento.

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa serem tomadas em consideração. Tratando-se de um estudo essencialmente de natureza correlacional, os resultados permitem apenas reportar associações entre as variáveis não sendo possível determinar relações de causa-efeito. Outra limitação prende-se com a dimensão da amostra, que limita a generalização das conclusões deste estudo para a população idosa em geral.

Quanto às limitações na recolha de dados importa referir que muitos dos participantes tiveram dificuldade em responder aos questionários, apresentando como explicação para tal dificuldade a complexidade da linguagem dos itens e a pouca familiaridade com este tipo de instrumentos. Face a este problema o investigador foi solicitado a auxiliar quer na compreensão, quer na resposta. Ainda que muitos dos instrumentos contemplassem esta possibilidade, não pôde ser totalmente assegurada a estandardização do procedimento. Por fim, importa referir que o tempo necessário para responder aos questionários revelou-se, por vezes, um entrave à concentração com continuidade dos participantes.

Para investigações posteriores neste âmbito será importante expandir o estudo a outras variáveis sociodemográficas que sejam potencialmente importantes na explicação do fenómeno suicidário nos adultos mais velhos. Seria igualmente importante conseguir uma amostra de maiores dimensões que permitisse uma generalização das conclusões de forma mais sustentada e segura e, simultaneamente, atender à diversidade etária que possibilitasse a comparação de diferentes grupos etários face à ideação suicida.

Apesar de todas as vicissitudes, o presente trabalho poderá contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento, especialmente no que diz respeito ao risco de ideação suicida nos idosos, uma vez que permitiu identificar ou confirmar alguns fatores de risco e protetores deste fenómeno, contribuindo desta forma para delinear estratégias de intervenção e prevenção.

Referências bibliográficas

Alexopolous, G.S., Bruce, M.L., Hull, J., Sirey, J.A., Kakuuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1048-1053.

Angerami-Camon, V. A. (1992). *Solidão: a ausência do outro* (2ª ed.). São Paulo: Pioneira. (Obra original publicada em 1950).

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Barracough, B. M. (1971). Suicide in the elderly: Recent developments in psychogeriatrics. *British Journal Psychiatry*, 6(Supplement), 687-97.

Barrett, A. (2005). Gendered experiences in midlife: Implications for age identity. *Journal of Aging Studies*, 19, 163-183. doi: 10.1016/j.jaging.2004.05.002.

Bennett, R., & Eckman, J. (1973). Attitudes toward aging: A critical examination of recent literature and implications for future research. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 575-597). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10044-018.

Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7(2), 6-8.

Bourque, P., Pushkar, D., Bonneville, L., & Béland, F. (2005). Contextual effects on life satisfaction of older men and women. *Canadian Journal on Aging*, 24 (1), 31-44.

Bultena, G. L., & Powers, E. A. (1978). Denial of aging: Age identification and reference group orientations. *Journal of Gerontology*, 33(5), 748-754.

Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Cabral, M. V. (coord.) (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 81-106.

Canavarro, M. G., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.

Cassorla, R. (1992). *O que é o suicídio*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Brasiliense. (Obra original publicada em 1984).

Cattell, H. R. (1988). Elderly suicide in London: An analysis of coroners' inquests. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(4), 251-261.

Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Portugal.

Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2008). Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(5), 5-18.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-41819E9E3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf.

Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 46-49.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E.D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1001–1008.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122–126.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. doi:10.1016/S0006-3223(02)01347-1.

Conwell, Y., Olsen, K., Caine, E. D., & Flannery, C. (1991). Suicide in later life: psychological autopsy findings. *International Psychogeriatrics*, 3(1), 59-66.

Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio: Revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, Portugal.

Da Costa Maia, Â. (2002). Emoções E Sistema Imunológico: Um Olhar Sobre A Psiconeuroimunologia. *Psicologia: Teoria, Investigação E Prática*, 7(2), 207-225.

De Leo, D., Padoani, W., Lonnqvist, J., Kerkhof, M., Bille-Brahe, U., Michel, K., & Scocco, P. (2002). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 291-295.

Delhey, J., & Newton, K. (2005). Predicting cross-national levels of social trust: global pattern or nordic exceptionalism?. *European Sociological Review*, 21(4), 311-327.

Demirçin, S., Akkoyun, M., Yilmaz, R., & Gökdoğan, M. R. (2011). Suicide of elderly persons: Towards a framework for prevention. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(1), 107-113. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00660.x.

DGS (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Acedido em Julho 2015. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.

Dorpat, L., Anderson, F., & Ripley, S. (1968). The relationship of physical illness to suicide. In H. P. L. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and Management* (pp. 209–219). Boston: Little, Brown.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artmed Editora. (Obra original publicada em 1982).

Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Geropsychology: European perspectives for an aging world*. USA: Hogrefe & Huber Publishers.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178 - 183.

Fonseca, A. (2004a). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.

Fonseca, A. (2004b). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Franks, R., Burnett, D. O., & Evans, R. R. (2012). Risk factors and prevention strategies for suicide among the elderly. *Alabama Counseling Association Journal*, 38(2), 32-42.

Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), 251–264.

Guerrero, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Revista Cuicuilco*, 12(33), 153-171.

Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25(1), 109-121. doi:10.1037/0012-1649.25.1.109.

Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135.

Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 210, 27-54.

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-26.

Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24(3), 654-667. doi:10.1037/a0016510.

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337–343.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. *Self-directed violence* (pp. 183-210). Geneva: World Health Organization.

Krüger, L. L., & Werlang, B. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.

Laidlaw, K., Power, M. J., & Schmidt, S. (2007). The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 367-379.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.

Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online*, 5, 5-18.

Levy, B. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journals of Gerontology Series B*, 58(4), 203-211. doi:10.1093/geronb/58.4.P203.

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625–629.

Lima, M., Marques, S., Batista, M., & Ribeiro, Ó. (2011). *Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português: Relatório II*. European Research Group on Attitudes to Age, Lisboa: CIS/IUL, Instituto do Envelhecimento.

Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. J., & Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*, 24(4), 941-954. doi:10.1037/a0016901.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 73-81. doi:10.12707/RIII1314.

Minayo, M., & Cavalcante, F. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1751-1762. doi:10.1590/1413-81232015206.10962014.

Minayo, M., Hartz, Z. & Buss, P. (2000) Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Mitty, E., & Flores, S. (2008). Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165.

Nelson, T. D. (ed. lit.) (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against older persons*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*, 329(7471), 895-899.

Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal.

Oliveira, C. R., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Osman, A., Bagge, C., Gutierrez, P., Konick, L., Kopper, B., & Barrios F. (2001). The suicidal behaviors questionnaire revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. doi:10.1177/107319110100800409.

- Palmore, E. (1975). What can the USA learn from Japan about aging? *Gerontologist*, 15(1), 64-67. doi: 10.1093/geront/15.1_Part_1.64
- Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., & Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 374, 881-892.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearson, J. L., & Conwell, Y. (1995). Suicide in late life: Challenges and opportunities for research. Introduction. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 131–136.
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pescosolido, B. A. (1990). The social context of religious integration and suicide: Pursuing the network explanation. *Sociological Quarterly*, 31(3), 337-357.
- Pichler, F., & Wallace, C. (2007). Patterns of formal and informal social capital in Europe. *European Sociological Review*, 23(4), 423-435.
- Ponte, C., Almeida, V., & Fernandes, L. (2014). Suicidal ideation, depression and quality of life in the elderly: Study in a gerontopsychiatric consultation. *Spanish Journal Of Psychology*, 17, 1-10. doi:10.1017/sjp.2014.15.
- Powell, J. L. (2014). Towards a globalization of aging. *Canadian Journal of Sociology*, 39(2), 255-267.
- Powers, D. V., Thompson, L., Futterman, A., & Gallagher-Thompson, D. (2002) Depression in later life: Epidemiology, assessment, impact and treatment. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.

- Rodrigues, V., Mota-Pinto, A., Sousa, B., Botelho, A., Alves, C., & Oliveira, C. (2014). The aging profile of the portuguese population: A Principal component analysis. *Journal of Community Health, 39*(4), 747-752. doi:10.1007/s10900-014-9821-2.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allbeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides—case-control study. *Psychological Medicine, 31*, 1193-202.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Saraiva, C., (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica, 31*(3), 185-205.
- Scocco, P., & Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(9), 842-846.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica, Série XX*, nº 3, 500-516.
- Sheehy, G. (2006). *Passages: Predictable crises of adult life*. New York: Ballantine Books. (Obra original publicada em 1976).
- Shenkin, S. D., Watson, R., Laidlaw, K., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2014). The Attitudes to Ageing Questionnaire: Mokken scaling analysis. *Plos ONE, 9*(6), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0099100.
- Silva, R. M., Mangas, R., Figueiredo, A., Vieira, L., Sousa, G., Cavalcanti, A., & Apolinário, A. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1703-1710. doi:10.1590/1413-81232015206.01952015.
- Silva, M., & Sampaio, D. (2011). Antidepressivos e suicídio nos adolescentes. *Acta Médica Portuguesa, 24*(4), 603-612.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 248-263.

- Sisask, M., Värnik, A., Kõlves, K., Bertolote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., & Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: A cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 44-55. doi:10.1080/13811110903479052.
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Model of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375–388.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2013). Dados estatísticos sobre os comportamentos suicidários em Portugal e no mundo [em linha]. *Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) Web site*. Acedido em Junho 2015, em <http://www.spsuicidologia.pt>.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 64-371.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., & Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Plos ONE*, 5(5), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0010574.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), 364–373.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worschel & W. G. Austin (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Teixeira, D. (2009). “Antecipando os anos dourados”, *Programa educacional breve de promoção e adaptação á reforma e ao envelhecimento: Estudo piloto numa amostra de seniores portugueses*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de psicologia e ciências da Educação – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Teixeira, M. (2000). Qualidade de vida. *Revista de Saúde Mental*, 2(6), 5-7.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi:10.1037/a0018697.

- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 242-252.
- Veiga, A., & Saraiva, C. (2003). Age patterns of suicide: Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*, 24(2), 56-67.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. doi:10.1017/S0959259800104101.
- Vijayakumar, L., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries: Prevention efforts. *Crisis*, 26(3), 120-124.
- Ward, R. A. (2010). How old am I? Perceived age in middle and later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 71(3), 167-184. doi:10.2190/AG.71.3.a.
- Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman (Eds.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 13-27). London: Martin Dunitz.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- World Health Organization. (2001). *Indicators for the minimum data set project on ageing: A critical review in sub-Saharan Africa*. United Republic of Tanzania.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: Switzerland.
- Zagher, M., Pierezan, P., & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital Buenos Aires*, 14(135).

ANEXO I

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

1. **Idade:** _____

Idade que sente que tem: _____

Idade que gostaria de ter: _____

2. **Nacionalidade:** _____

3. **Naturalidade:** _____

4. **Área de residência:** _____

5. **Com quem vive :** _____

6. **Sexo:** F ☐

M ☐

7. **Escolaridade:**

Ausência de escolaridade ☐

Ensino básico incompleto ☐

Ensino básico completo ☐

Ensino Secundário incompleto ☐

Ensino Secundário completo ☐

Curso médio ☐

Curso Superior ☐

Outro ☐

Qual _____.

8. **Actividade Profissional** (se é reformado (a), indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma)

Reformado (a): Sim ☐ Não ☐

a) Se **Sim**, há quantos anos? _____.

b) **Profissão anterior:** _____.

c) Se **Não**, qual a sua profissão atual? _____.

9. **Estado Civil:**

Solteiro (a) ☐

Casado ou vivendo como tal ☐

Viúvo (a) ☐ Há quanto tempo? _____.

Divorciado ou separado (a) ☐

9. a) **Se é viúvo (a), Como avalia a sua adaptação à viuvez?**

Muito boa

Boa ☐

Razoável ☐

Má ☐

Muito má ☐

10. **Agregado familiar actual:**

Vive só ☐

Vive com o cônjuge ☐

Vive com o cônjuge e terceiros ☐

Vive com terceiros ☐

Vive numa instituição ☐

Outro ☐ Qual _____.

11. **Está satisfeito (a) com essa situação?**

Sim ☐ **Não** ☐

12. Tem o apoio de familiares?

Sim ☐ **Não** ☐

13. Parentalidade:

Tem filhos?

Sim ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, quantos? _____.

14. Situação económica:

Muito satisfatória ☐

Satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Nada satisfatória ☐

15. Participação em actividades:

Centradas na vida doméstica/familiar ☐

Frequenta centro de dia ☐

Frequenta universidade da terceira idade ☐

Frequenta grupos recreativos na igreja ☐

Centradas nos amigos (as) ☐

Outro ☐

Qual _____.

16. Relações Interpessoais:

a) Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente ☐

Frequente ☐

Ocasional ☐

Inexistente ☐

b) Relações familiares (qualidade):

- Muito satisfatórias ☐
- Satisfatórias ☐
- Pouco satisfatórias ☐
- Nada satisfatórias ☐

c) Relações de amizade (grau de contacto):

- Muito frequente ☐
- Frequente ☐
- Ocasional ☐
- Inexistente ☐

d) Relações de amizade (qualidade):

- Muito satisfatórias ☐
- Satisfatórias ☐
- Pouco satisfatórias ☐
- Nada satisfatórias ☐

17. Tem um confidente?

- Sim ☐
- Não ☐

18. Crenças e práticas religiosas:

- Sem crença religiosa ☐
- Com crença religiosa e sem práticas religiosas ☐
- Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura) ☐
- Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos) ☐
- Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas” ☐

19. Está atualmente doente?

Sim ☐

Não ☐

a) Se Sim, que doença tem? _____.

b) Se Sim, há quanto tempo? _____.

c) Se Sim, qual o regime de tratamento?

Internamento ☐

Consulta externa ☐

Sem tratamento ☐

20. Sente com frequência o desejo de morrer?

Sim ☐

Não ☐

21. Pensa frequentemente no suicídio?

Sim ☐

Não ☐

22. Já alguma vez tentou suicidar-se?

Sim ☐

Não ☐

a) Se Sim, quantas vezes? _____.

b) Se Sim, como o tentou fazer? _____.

c) Se Sim, estava sozinho? _____.

d) Se Sim, como foi socorrido? _____.

e) Se Sim, há quanto tempo atrás? _____.

f) Se Sim, o que o (a) levou a fazê-lo? _____.

g) Se Sim, o que sente que mais precisava nessa altura?

_____.

Obrigado (a) pela sua colaboração!

ANEXO II

Consentimento Informado



Consentimento Informado

O meu nome é João Freitas e estou a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Prof^a Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com o Suicídio e o Envelhecimento.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (8) oito pequenos questionários, onde não existem respostas correctas ou incorrectas. O importante é que elas reflectam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade. Prevê-se que este estudo venha a ter mais duas fases, em tudo similares a esta.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 917883926 ou e-mail: joaofreitas@campus.ul.pt

Ao assinar este consentimento, declara ter 65 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 2015

.....

(assinatura)